

Nr sprawy

wypełnia PCPR

WNIOSEK O DOFINANSOWANIE
zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny
dla osoby niepełnosprawnej ze środków PFRON

pieczętka wpływu wniosku

1. Dane osobowe wnioskodawcy (osoby z niepełnosprawnością)	
Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
PESEL	
2. Przedmiot dofinansowania	
3. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym	
Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód (netto) w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, <u>obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku</u> , wyniósłzłotych.	
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi	
4. Sposób przekazania przyznanego dofinansowania (wstawić X w odpowiednim miejscu)	
<input type="checkbox"/> przelewem na rachunek bankowy sprzedawcy	
<input type="checkbox"/> przelewem na wskazany rachunek bankowy w oświadczeniu zgody wnioskodawcy/osoby upoważnionej	
5. Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania	
Adres miejsca realizacji zadania	
Cel dofinansowania	
6. Przewidywany koszt realizacji zadania	
Ogólna wartość sprzętu (brutto)	zł
Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON (maksymalnie 80%, nie więcej niż do wysokości pięciokrotnego przeciętnego wynagrodzenia)	zł

7. Oświadczenia wnioskodawcy lub osoby upoważnionej				
<p>Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON i w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy zawartej z PFRON i rozwiązanej z przyczyny leżącej po mojej stronie.</p> <p>Oświadczam, że posiadam środki własne w wysokości 20% kosztów zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.</p> <p>Pouczony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego oświadczam, że podane we wniosku informacje są prawdziwe, o zmianach zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni od ich zaistnienia.</p>				
<p>Oświadczam, że <input type="checkbox"/> korzystałem/am <input type="checkbox"/> nie korzystałem/am ze środków PFRON (wstawić X w odpowiednim miejscu) Jeżeli korzystałem/am proszę poniższej wypełnić.</p>				
Numer umowy	Cel (nazwa instytucji, programu i/lub zadania oraz przedmiot dofinansowania)	Data przyznania dofinansowania	Przyznana kwota	Stan rozliczenia
8. Załączniki (wstawić X w odpowiednim miejscu)				
<p><input type="checkbox"/> kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności, o stopniu niepełnosprawności lub jego zamiennika (oryginał do wglądu)</p> <p><input type="checkbox"/> zaświadczenie lekarskie (druk będący załącznikiem do wniosku)</p> <p><input type="checkbox"/> oferta handlowa zakupu sprzętu rehabilitacyjnego</p>				
9. Informacja i podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej.				
<p>Składając wniosek należy okazać dokument potwierdzający tożsamość osoby zainteresowanej, wymieniony we wniosku.</p> <p>Jeśli wniosek składa opiekun prawny lub pełnomocnik należy okazać dokument potwierdzający upoważnienie do reprezentowania wnioskodawcy.</p> <p>Informacja o przetwarzaniu danych osobowych w związku z prowadzonym postępowaniem dotyczącym dofinansowania zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze znajduje się na stronie internetowej: www.pcprsiemiatycze.pl oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Siemiatyczach.</p> <p>Kontakt do Administratora Danych Osobowych Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Siemiatyczach: 17-300 Siemiatycze, ul. Leg. Piłsudskiego 3, e-mail: kontakt@pcprsiemiatycze.pl tel. 85 730 05 07.</p> <p>Kontakt do Inspektora Ochrony Danych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Siemiatyczach: e-mail: iod@pcprsiemiatycze.pl</p>				
..... data wypełnienia wniosku	 czytelny podpis wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika		

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
DO WNIOSKU O DOFINANSOWANIE ZAOPATRZENIA W SPRZĘT REHABILITACYJNY DLA OSOBY
NIEPEŁNOSPRAWNEJ ZE ŚRODKÓW PFRON

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dowodu tożsamości

Adres zamieszkania

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji*

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> padaczka |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna | <input type="checkbox"/> inne <i>jakie?</i> |
| <input type="checkbox"/> choroby układu krążenia | |

Konieczność rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu sprzętu rehabilitacyjnego

- Nie
- Tak, uzasadnienie
-
-
-

Zalecany sprzęt rehabilitacyjny do potrzeb rehabilitacji w domu wynikający z niepełnosprawności

.....

.....

.....

*wstawić X w odpowiednim miejscu

.....
data wystawienia

.....
pieczętka i podpis lekarza specjalisty