

Nr sprawy

wypełnia PCPR

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

pieczętka wpływu wniosku

**Wnioskodawca składa wniosek:**

- we własnym imieniu  jako rodzic  
 jako opiekun prawny  na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie

**1. Dane osobowe wnioskodawcy (osoby z niepełnosprawnością)**

Imię i nazwisko			
Adres zamieszkania			
Adres do korespondencji			
PESEL			
Numer telefonu		Adres e-mail	

**2. Dane osobowe osoby reprezentującej Wnioskodawcę**

(dotyczy osób do 18 roku życia, sądownie ubezwłasnowolnionych lub posiadających pełnomocnictwo notarialne)

Osoba reprezentująca	Przedstawiciel ustawy <input type="checkbox"/>	Opiekun prawny <input type="checkbox"/>	Pełnomocnik <input type="checkbox"/>
Imię i nazwisko			
Adres zamieszkania			
PESEL			

Ustanowiona/ny opiekunem prawnym / pełnomocnikiem

- Postanowieniem Sądu w ..... z dnia ..... sygn. akt .....
- na mocy pełnomocnictwa z dnia ..... potwierdzonego przez .....  
repert. NR .....

**3. Przedmiot dofinansowania**

**4. 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, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wyniósł .....

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi .....

5. Forma przekazania przyznanego dofinansowania (wstawić X w odpowiednim miejscu)	
<input type="checkbox"/> Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę	
Numer rachunku bankowego	
Nazwa banku	
Właściciel konta (imię i nazwisko)	
<input type="checkbox"/> Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi	
6. Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania	
Adres miejsca realizacji zadania	
Uzasadnienie wniosku	
7. Przewidywany koszt realizacji zadania	
Ogólna wartość sprzętu rehabilitacyjnego	zł
Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON (maksymalnie 80%, nie więcej niż 4 000,00 zł)	zł
8. 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 <b>posiadam środki własne w wysokości 20% kosztów</b> 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 wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w związku z prowadzonym postępowaniem dotyczącym dofinansowania ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny.</p>	

9. Korzystanie ze środków PFRON				
Oświadczam, że <input type="checkbox"/> korzystałem/am <input type="checkbox"/> nie korzystałem/am ze środków PFRON (wstawić X w odpowiednim miejscu)				
Informacja o korzystaniu ze środków PFRON obejmuje dofinansowanie otrzymane na podstawie zawartych umów. Nie należy więc wykazywać pomocy uzyskanej w ramach zadania: przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.				
Numer umowy	Cel (nazwa instytucji, programu i/lub zadania oraz przedmiot dofinansowania)	Data przyznania dofinansowania	Przyznana kwota	Stan rozliczenia
10. Załączniki (wstawić X w odpowiednim miejscu)				
<input type="checkbox"/> kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności, o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego (oryginał do wglądu)				
<input type="checkbox"/> zaświadczenie lekarskie od lekarza specjalisty (druk będący załącznikiem do wniosku)				
<input type="checkbox"/> oferta handlowa zakupu sprzętu rehabilitacyjnego				
11. Informacja i podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej.				
Składając wniosek należy okazać dokument potwierdzający tożsamość osoby zainteresowanej, wymieniony we wniosku.				
Jeśli wniosek składa opiekun prawny lub pełnomocnik należy okazać dokument potwierdzający upoważnienie do reprezentowania wnioskodawcy.				
Informacja o przetwarzaniu danych osobowych w związku z prowadzonym postępowaniem dotyczącym dofinansowania zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze znajduje się na stronie internetowej: <a href="http://www.pcprsiemiatycze.pl">www.pcprsiemiatycze.pl</a> oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Siemiatyczach.				
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.				
Kontakt do Inspektora Ochrony Danych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Siemiatyczach: e-mail: iod@pcprsiemiatycze.pl				
..... 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

.....  
pieczęć i podpis lekarza specjalisty