

Data wpływu.....

Imię i nazwisko.....

ul.....

Kod, miejscowość:.....

Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON
do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego
ON-8213/4/R/...../.....

Uwaga:

W przypadku odbioru środków finansowych w kasie PCPR w Rybniku prosimy o okazanie **oryginału** pełnomocnictwa notarialnego, postanowienia sądu o ustanowieniu kuratora dla osoby niepełnosprawnej niezdolnej do złożenia podpisu lub upoważnienie potwierdzone przez wójta, burmistrza.

Wniosek obowiązuje od 02.01.2017 r.

ON-8213/4/R/...../.....

W N I O S E K

o dofinansowanie ze środków PFRON do zakupu SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO

(proszę wszystkie pola wypełnić drukowanymi literami)

I. WNIOSKODAWCA

1. Dane o wnioskodawcy

Imię i Nazwisko tel.

Data i miejsce urodzenia.....

Syn / córka (Imię ojca wnioskodawcy).....

Seria i numer dowodu osobistego.....

Dowód wydany w dniu przez.....

Nr PESEL.....

Adres stałego zameldowania:..... kod.....

powiat..... województwo.....

Adres zamieszkania.....

2. Proszę o dofinansowanie.....

(należy podać nazwę urządzenia)

Cena urządzenia brutto (z VAT) zł, słownie.....zł

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem/kosztom wykonania usługi*, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł, a przyznaną ze środków PFRON kwotą dofinansowania.

Krótkie uzasadnienie składanego wniosku.....

3. Informacje o Wnioskodawcy (zaznaczyć x w odpowiednim polu):

Stopień niepełnosprawności:

- ☐ I grupa – znaczny stopień niepełnosprawności (osoby całkowicie niezdolne do pracy i samodzielnej egzystencji)
- ☐ II grupa – umiarkowany stopień niepełnosprawności (osoby całkowicie niezdolne do pracy)
- ☐ III grupa – lekki stopień niepełnosprawności (osoby częściowo niezdolne do pracy)
- ☐ dzieci do 16 roku życia

Orzeczenie ważne do.....

Rodzaje niepełnosprawności:

- ☐ Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk
- ☐ Inna dysfunkcja narządu ruchu, (jaka).....
- ☐ Dysfunkcja narządu wzroku
- ☐ Dysfunkcja narządu słuchu
- ☐ Dysfunkcja narządu mowy
- ☐ Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)
- ☐ Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia
- ☐ Inna.....

Podaj **liczbę osób** pozostających we wspólnym **gospodarstwie domowym**

Czy we wspólnym gospodarstwie są inne osoby niepełnosprawne (podaj liczbę osób i stopień niepełnosprawności tych osób)

Jestem / nie jestem* kombatanem. Jestem / nie jestem* żoną po kombatancie.

Korzystałem/am / nie korzystałem/am* już ze środków PFRON. Jeśli korzystano, proszę wymienić z jakiego tytułu i kiedy.....

Sytuacja zawodowa Wnioskodawcy:

- ☐ Zatrudniony / prowadzi działalność gospodarczą*
- ☐ Młodzież w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym / lub studiująca*
- ☐ Bezrobotny poszukujący pracy / rencista poszukujący pracy*
- ☐ Rencista / emeryt / niezainteresowany podjęciem pracy*
- ☐ Dzieci, młodzież do lat 18

4. Dane o Przedstawicielu ustawowym / Opiekunie prawnym / Pełnomocniku*

Imię i Nazwisko.....tel.

Syn/córka (imię ojca).....

Seria/numer dowodu osobistego.....

Dowód wydany w dniu przez.....

Nr PESEL.....Nr NIP.....

Adres stałego zameldowania.....

Ustanowiony Opiekunem / Pełnomocnikiem*.....

Postanowieniem Sądu Rejonowego wz dnia.....

Sygn. akt.

Na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza

Z dnia repet. Nr

Prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam pod odpowiedzialnością karną przewidzianą w art. 233 § 1 i § 2 Kodeksu Karnego.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 i Nr 153, poz. 1271) w bazie danych Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Rybniku w celu realizacji procedury dofinansowania.

Oświadczam, że posiadam środki własne na pokrycie, co najmniej 20 % udziału własnego przy zakupie wnioskowanego sprzętu.

Proszę o przekazanie dofinansowania na: (Właściwe podkreślić)

- ☐ Nr konta.....
(nazwa banku i numer konta bankowego)
- ☐ Na konto wskazane w fakturze
- ☐ w kasie PCPR w Rybniku

.....
(data)

.....
(podpis Wnioskodawcy)

II. JEDNOSTKA ROZPATRUJĄCA WNIOSEK:

Opinia Komisji ds. opiniowania wniosków o dofinansowanie sprzętu rehabilitacyjnego

.....
.....
.....

.....
(data)

.....
(podpisy członków Komisji)

Decyzja o przyznaniu dofinansowania:

.....
.....
.....

.....
(data)

.....
(podpis Kierownika PCPR)

Załączniki do wniosku:

1. Kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności lub jego odpowiednik.
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności wypisane przez **lekarza specjalistę** (czytelne, w języku polskim zawierającą informację o konieczności prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu).
3. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności osób prowadzących wspólne gospodarstwo domowe wraz z Wnioskodawcą.
4. Oferta wnioskowanego sprzętu wraz ze specyfikacją
5. Pełnomocnictwo notarialne bądź postanowienie Sądu o ustanowieniu kuratora dla osoby niepełnosprawnej niezdolnej do złożenia podpisu lub upoważnienie potwierdzone przez wójta, burmistrza do odbioru środków finansowych
6. Oświadczenie o wysokości dochodu Wnioskodawcy oraz osób wspólnie gospodarujących z wnioskodawcą

Pieczęć przychodni

Miejscowość, data.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
dotyczące zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

Niniejszym zaświadcza się, że Pan/Pani.....

zam.....

PESEL.....

jest osobą z dysfunkcją:.....

.....

Która wymaga/nie* wymaga stałej rehabilitacji.

Zalecany sprzęt rehabilitacyjny stosowny do potrzeb wynikających z niepełnosprawności:

.....

.....

i zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu w/w sprzętu.

.....

(podpis i pieczęć lekarza specjalisty)

*niepotrzebne skreślić

Oświadczenie

o wysokości dochodu Wnioskodawcy oraz osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą

Niniejszym oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód rodziny** (w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych), **pomniejszony** o obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego (określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych), oraz o kwotę alimentów świadczonych przez **osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym** na rzecz innych osób, **podzielony** przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za **kwartał (kalendarzowy) poprzedzający miesiąc złożenia wniosku**, w którym składany jest wniosek, wynosił:zł.

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

Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Kierownika PCPR o wszelkich zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku, mających wpływ na sposób jego rozpatrzenia.

Prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam pod odpowiedzialnością karną przewidzianą w art. 233 § 1 i § 2 Kodeksu Karnego.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 i Nr 153, poz. 1271) w bazie danych Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Rybniku w celu realizacji procedury dofinansowania.

.....
(data)

.....
(podpis Wnioskodawcy)