

Data wpływu wniosku

Nr sprawy: PCPR.III.4032-2. .

**WNIOSEK**  
**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób**  
**Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny**

.....  
.....

*(przedmiot dofinansowania)*

**1. Dane personalne Wnioskodawcy (osoby niepełnosprawnej, której dotyczy wniosek)**  
(proszę wypełnić drukowanymi literami)

<b>DANE PERSONALNE</b>	<b>ADRES ZAMIESZKANIA</b>
Imię.....	Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nazwisko.....	Poczta.....
Data urodzenia.....	Miejscowość.....
PESEL.....	Ulica.....
Seria i nr dowodu osobistego.....	Nr domu ..... nr m.....
z dnia .....	Miasto <input type="checkbox"/> Wieś <input type="checkbox"/>
wydany przez .....	Telefon.....

**2. Dane personalne osoby składającej wniosek w imieniu osoby niepełnosprawnej:**  
(we właściwym polu należy wstawić znak x)

- przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy),
- opiekun prawny (dla osoby ubezwłasnowolnionej)
- lub pełnomocnik Wnioskodawcy (na podstawie pisemnego pełnomocnictwa)

Imię i nazwisko.....

Dowód osobisty: seria..... nr ..... wydany w dniu .....

przez .....

Nr PESEL.....

Miejscowość..... ulica ..... nr domu ..... nr lokalu .....

kod pocztowy .....-..... poczta ..... powiat .....

województwo ..... nr telefonu .....

**3. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.**

Oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód**, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, **obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku** wynosił ..... zł.

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

**4. Czy Wnioskodawca korzysta?:**

1) z przedmiotów ortopedycznych (wymienić jakich) .....

2) ze sprzętu rehabilitacyjnego (wymienić jakiego) .....

**5. Cel dofinansowania:**

..... .....
----------------

**6. Miejsce realizacji zadania (instalacji sprzętu):**

.....	.....	.....	.....
miejsowość	kod pocztowy	ulica	nr

**7. Uzasadnienie konieczności zakupu sprzętu rehabilitacyjnego:**

*(W uzasadnieniu należy opisać niepełnosprawność wnioskodawcy i ograniczenia wynikające z niepełnosprawności oraz uzasadnić, w jaki sposób prowadzenie zajęć rehabilitacyjnych przy pomocy wnioskowanego sprzętu w warunkach domowych przyczyni się do osiągnięcia przez osobę niepełnosprawną możliwie najwyższego poziomu jej funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej. W uzasadnieniu prosimy także wpisać inne informacje mogące mieć wpływ na zasadność wniosku).*

..... .....
--

**8. Przewidywany koszt ogólny realizacji zadania oraz źródła finansowania zadania:**

1. Przewidywany całkowity koszt realizacji zadania	..... zł
2. Deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania	..... %
3. Procent kosztów zadania do pokrycia ze środków PFRON	..... %

**Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania:** ..... zł

(słownie: .....)

**9. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON (1)**

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON na likwidację barier architektonicznych, technicznych, w komunikowaniu się, zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny, pożyczki, programy celowe: PEGAZ, Komputer dla Homera, Aktywny Samorząd itp.)				Tak	<input type="checkbox"/>
				Nie	<input type="checkbox"/>
Nr i data zawarcia umowy	Przyznana kwota	Cel (nazwa programu lub nazwa zadania)	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON (1)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Kwota zaległości	.....	
Czy Wnioskodawca był stroną umowy zawartej z PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy (1)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Nr i data rozwiązywanej umowy, przedmiot umowy, przyczyna rozwiązania:.....		
.....		

**10. Forma przekazania dofinansowania(1):** Dofinansowanie należy przekazać na konto sprzedawcy/wykonawcy, zgodnie z nazwą banku i numerem rachunku bankowego wskazanego na dowodzie zakupu przedmiotu dofinansowania. Konto osobiste Wnioskodawcy

Nazwa banku: .....

Numer rachunku bankowego :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## 11. OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, iż posiadam środki finansowe na wniesienie wkładu własnego na zakup wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego.
2. Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych, w bazie danych PCPR dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji zadania, zgodnie z przepisami RODO, czyli rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.
3. Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 1600 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
4. Zobowiązuję się bezzwłocznie zgłosić do PCPR informacje o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku.
5. Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku nie gwarantuje uzyskania dofinansowania.

.....  
(czytelny podpis Wnioskodawcy\*, przedstawiciela ustawowego\*  
opiekuna prawnego\*, pełnomocnika\*)

(1) we właściwe polu należy wstawić znak x  
\* niepotrzebne skreślić

### **Uwaga:**

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki wniosku. W przypadku, gdy w formularzu Wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ...” czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryki formularza, którego dotyczą.

Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

### **Załączniki do wniosku:**

1. Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności, zawierające opis rodzaju schodzenia, rodzaj sprzętu rehabilitacyjnego wraz z uzasadnieniem potrzeby prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych – stanowiące załącznik do niniejszego wniosku.
2. Oferta cenowa wybranego sprzętu rehabilitacyjnego sporządzona przez sprzedawcę.
3. Kopia ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego, a w przypadku dzieci do lat 16 kopia orzeczenia o niepełnosprawności.

### **Informacja:**

1. **SPRZĘT REHABILITACYJNY** - to sprzęt niezbędny do prowadzenia zajęć rehabilitacyjnych w warunkach domowych, mających za zadanie osiągnięcie przy aktywnym uczestnictwie osoby niepełnosprawnej, możliwie najwyższego poziomu jej funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej.
2. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy.

..... Dnia .....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**  
**(należy wypełnić czytelnie i w języku polskim)**

1. Imię i nazwisko pacjenta.....
2. PESEL: .....
3. Rodzaj niepełnosprawności (schorzenie) .....
- .....
- .....
4. Wymienić rodzaj sprzętu rehabilitacyjnego, którego stosowanie jest uzasadnione potrzebami wynikającymi z rodzaju niepełnosprawności pacjenta:  
.....
- .....
5. Uzasadnienie potrzeby prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu ww. sprzętu rehabilitacyjnego:  
.....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

.....  
*pieczętka i podpis lekarza specjalisty*

**Uwaga:**  
Wszelkie informacje w zaświadczeniu wypełnia lekarz.  
Zaświadczenia z dopiskami innych osób niż lekarz wystawiający zaświadczenie nie będą honorowane