

WNIOSK

o dofinansowanie ze środków
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
zaopatrzenia w **sprzęt rehabilitacyjny** dla osoby niepełnosprawnej

1. Dane dotyczące Wnioskodawcy (osoby niepełnosprawnej, której wniosek dotyczy)

| |
|--|
| Nazwisko..... Imię PESEL |
| Dowód osobisty nr wydany w dniur. przezważny dor. |
| Adres zamieszkania osoby niepełnosprawnej: |
| Kod Poczta Miejscowość..... |
| Ulica Nr domu Nr lokalu |
| Nr telefonu kontaktowego |
| Numer rachunku bankowego..... |
| Nazwa banku |

2. (wypełnić, jeżeli dotyczy) Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego) / opiekuna prawnego / pełnomocnika

(W przypadku osoby pełnoletniej należy przedłożyć do wglądu oryginał pełnomocnictwa lub zaświadczenia o ustanowieniu opiekuna prawnego)

| |
|---|
| [] nie dotyczy, [] przedstawiciel ustawowy, [] opiekun prawny, [] pełnomocnik * |
| Nazwisko..... Imię PESEL |
| Dowód osobisty nr wydany w dniur. przezważny dor. |
| Adres zamieszkania: |
| Kod Poczta Miejscowość..... |
| Ulica Nr domu Nr lokalu |
| Nr telefonu kontaktowego |
| Numer rachunku bankowego..... |
| Nazwa banku |

* właściwe zaznaczyć

3. Stan prawny dotyczący niepełnosprawności*

| | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> stopień znaczny | <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji | <input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka | <input type="checkbox"/> stała albo długotrwała niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym wydana przed dniem 1 stycznia 1998r. |
| <input type="checkbox"/> stopień umiarkowany | <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy | <input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka | - |
| <input type="checkbox"/> stopień lekki | <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy | <input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka | <input type="checkbox"/> stała albo długotrwała niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym wydana przed dniem 1 stycznia 1998r. |
| <input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności (dla dzieci do 16 roku życia) | | | |

* właściwe zaznaczyć

4. Rodzaj niepełnosprawności*

| | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu, w zakresie: | <input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych | <input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej |
| | <input type="checkbox"/> obu kończyn górnych | <input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej |
| | <input type="checkbox"/> innym (wymienić)..... | |
| Wnioskodawca (osoba niepełnosprawna) porusza się: | za pomocą: <input type="checkbox"/> wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> kuli/kul łokciowych <input type="checkbox"/> balkonika/podpórki <input type="checkbox"/> inne (wymienić)..... | |
| | <input type="checkbox"/> samodzielnie <input type="checkbox"/> osoba leżąca | |
| Inny rodzaj niepełnosprawności* | | |
| <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe (01-U) | <input type="checkbox"/> choroby psychiczne (02-P) | <input type="checkbox"/> zaburzenie głosu, mowy i choroby słuchu (03-L) <input type="checkbox"/> choroby narządu wzroku (04-O) |
| <input type="checkbox"/> epilepsja (06-E) | <input type="checkbox"/> choroby układu oddechowego i krążenia (07-S) | <input type="checkbox"/> choroby układu pokarmowego (08-T) |
| <input type="checkbox"/> choroby układu moczowo-płciowego (09-M) | <input type="checkbox"/> inne (11-I) | <input type="checkbox"/> całościowe zaburzenia rozwojowe (12-C) |

* właściwe zaznaczyć

5. Sytuacja zawodowa*

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> osoba zatrudniona/prowadząca działalność gospodarczą |
| <input type="checkbox"/> osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca |
| <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna poszukująca pracy |
| <input type="checkbox"/> Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy |
| <input type="checkbox"/> Dzieci i młodzież do lat 18 |
| <input type="checkbox"/> Inne / jakie? |

* właściwe zaznaczyć

6. Oświadczenie Wnioskodawcy o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosiłzł (miesięcznie na 1 osobę)

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym (podać liczbę osób)

7. Informacja o realizacji przez Wnioskodawcę zobowiązań wobec PFRON

| | |
|--|---|
| Czy Wnioskodawca ma zaległości wobec PFRON* [] tak [] nie | Jeżeli tak to proszę podać rodzaj i wysokość zaległościzł |
| Czy Wnioskodawca był w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy*: []tak []nie | |

* właściwe zaznaczyć

8. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON w okresie 5 lat poprzedzających rok złożenia wniosku

| Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON* | | | []tak | []nie |
|--|----------------------------------|-------------------------|--|-------------------------------------|
| | | | (Jeżeli tak to należy wypełnić poniżej) | |
| Numer i data zawarcia umowy | Kwota przyznanego dofinansowania | Cel | Termin rozliczenia | Stan rozliczenia (kwota rozliczona) |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Razem kwota: | | Razem kwota rozliczona: | | |

* właściwe zaznaczyć

9. Przedmiot dofinansowania (nazwa sprzętu rehabilitacyjnego, przy użyciu którego zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych)

| |
|----------------|
| |
|----------------|

10. Przewidywalny koszt realizacji zadania

| | |
|---|---------|
| 1. Przewidywalny koszt realizacji zadania (100% ceny brutto) |zł |
| 2. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON (do 80% kosztów przedsięwzięcia, nie więcej niż do wysokości pięciokrotnego przeciętnego wynagrodzenia) |zł |
| 3. Deklarowane środki własne (minimum 20%) |zł |

11. Miejsce realizacji zadania (dokładny adres)

| |
|-------|
| |
|-------|

12. Cel dofinansowania (uzasadnienia składanego wniosku w odniesieniu do niepełnosprawności)

| |
|---|
| |
|---|

UWAGA

- 1) Złożenie wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osoby niepełnosprawnej nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.
- 2) Podstawę dofinansowania zadań ze środków Funduszu stanowi umowa.
- 3) Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.
- 4) We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „nie dotyczy”.

Oświadczenie:

- 1) Świadoma/-y odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *kodeks karny* oświadczam, że dane umieszczone we wniosku oraz załącznikach są zgodne z prawdą.
- 2) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zamieszczonych w niniejszym wniosku zgodnie z art. 4 pkt 11, art. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) w zakresie: - *numer/y telefonu*.
- 3) Oświadczam, że zapoznałam/em się z *KLAUZULĄ INFORMACYJNĄ O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH dla osób wnioskujących o dofinansowania i korzystających ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Nakle nad Notecią* i znam przysługujące mi prawa dotyczące przetwarzania moich danych osobowych.
- 4) Zobowiązuje się do pisemnego poinformowania Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nakle nad Notecią o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku w terminie 14 dni od zmiany.

.....
podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/
opiekuna prawnego/pełnomocnika

Dokumenty wymagane do wniosku

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji
Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osoby niepełnosprawnej

| Lp. | Do wniosku należy dołączyć: |
|-----|--|
| 1. | Aktualne orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności lub całkowitej niezdolności do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji lub całkowitej niezdolności do pracy lub częściowej niezdolności do pracy lub grupie inwalidzkiej lub stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanej przed dniem 1 stycznia 1998r. - należy przedłożyć oryginał dokumentu (do wglądu) lub prawidłowo uwierzytelnioną przez organ uprawniony kopię dokumentu |
| 2 | Aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia – załącznik nr 1 do wniosku |

.....
oznaczenie zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nakle nad Notecią

Należy wypełnić wszystkie punkty czytelnie w języku polskim.

Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

.....

.....

2. Rodzaj niepełnosprawności

3. Nazwa zalecanego sprzętu rehabilitacyjnego

.....

4. Uzasadnienie konieczności stosowania sprzętu rehabilitacyjnego w warunkach domowych.

.....

.....

.....

.....

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)