

NR sprawy BON.5132.....

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON  
DO ZAKUPU SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO**.....  
Data przyjęcia wniosku- wypełnia PCPR

Wypełnia osoba niepełnosprawna w przypadku osoby niepełnoletniej w jej imieniu rodzic lub opiekun prawny

**WNIOSEK O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA  
POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE WE WRZEŚNI**

(wniosek należy wypełnić czytelnie, niebieskim długopisem)

**1. DANE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSEK:**

Imię i nazwisko		PESEL
Kod pocztowy	Miejscowość	Adres
Data urodzenia	Gmina	Telefon
Seria i nr dowodu osobistego		
Wydany przez		
Dostaje zasiłek pielęgnacyjny	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>

**2. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (WYPEŁNIĆ, JEŚLI WNIOSEK DOTYCZY OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ), OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA:**

Imię i nazwisko		PESEL
Kod pocztowy	Miejscowość	Adres
Data urodzenia	Gmina	Telefon
Seria i nr dowodu osobistego		
Wydany przez		
Opiekun prawny* - ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia..... sygnatura akt.....		
Pełnomocnik* - na mocy pełnomocnictwa poświadczonego przez notariusza ..... z dnia..... nr repetytorium.....		

**3. WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA:**

Nazwa artykułu	
Całkowity koszt	
Wnioskowana kwota	

**4. UZASADNIENIE SKŁADANEGO WNIOSKU:**

.....

.....

.....

.....

.....

**5. INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON DO ZAKUPU SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO** tak nie

Nazwa sprzętu	Numer i data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania

**6. OŚWIADCZENIE****Oświadczam, że:**

- nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
- nie byłam/em w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
- wyrażam zgodę na zbieranie, utrwalanie i przechowywanie danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji dofinansowania, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (tj.: Dz. U. z 2016 r. poz. 992).

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i §6 k.k. w zw. z art. 75 § 2 i art. 83 § 3 k.p.a. ( Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm) za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku zostały podane zgodnie z prawdą.

**O zaistniałych zmianach po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni od zaistnienia zmiany.**

**UWAGA!**

**Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z otrzymaniem dofinansowania.**

.....  
czytelny podpis wnioskodawcy\*  
(osoby niepełnosprawnej\* lub jej pełnomocnika\*,  
przedstawiciela ustawowego\*, opiekuna prawnego\*)

Załączniki wymagane do wniosku:

1. Zaświadczenie lekarskie, wystawione przez lekarza specjalistę lub rodzinnego, które zawiera informację o rodzaju schorzenia oraz **wyraźne wskazania** do korzystania z wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego w warunkach domowych (załącznik nr 1).
2. Oświadczenie o dochodach (załącznik nr 2)
3. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu).
4. Oferta cenowa na zakup sprzętu wystawiona przez dostawcę sprzętu rehabilitacyjnego na:
  - wnioskodawcę,
  - rodzica lub przedstawiciela ustawowego, ze wskazaniem osoby, której dotyczy zakup (w przypadku małoletniego dziecka)
  - opiekuna prawnego ze wskazaniem osoby, której dotyczy zakup (w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej) – należy dołączyć dokument ustanowienia opieki prawnej (postanowienie sądu lub pełnomocnictwo notarialne)
5. Kopia pełnomocnictwa ustanowienia opiekuna prawnego/pełnomocnika postanowieniem Sądu lub poświadczonego przez notariusza.

Wypełnia Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
--

**KARTA WERYFIKACJI WNIOSKU O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON DO ZAKUPU SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO.**

I. Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku:

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku „X”	Uzupełniono	Data uzupełnienia
		<i>(wypełnia pracownik PCPR)</i>		
1.	Zaświadczenie lekarskie, wystawione przez lekarza specjalistę lub rodzinnego, które zawiera informację o rodzaju schorzenia oraz <b>wyraźne wskazania</b> do korzystania z wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego w warunkach domowych (załącznik nr 1 ).			
2.	Oświadczenie o dochodach (załącznik nr 2)			
3.	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności.			
4.	Oferta cenowa na zakup sprzętu wystawiona przez dostawcę sprzętu rehabilitacyjnego na: wnioskodawcę, rodzica lub przedstawiciela ustawowego, ze wskazaniem osoby, której dotyczy zakup (w przypadku małoletniego dziecka), opiekuna prawnego ze wskazaniem osoby, której dotyczy zakup (w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej) – należy dołączyć dokument ustanowienia opieki prawnej (postanowienie sądu lub pełnomocnictwo notarialne)			
5.	Kopia pełnomocnictwa ustanowienia opiekuna prawnego/pełnomocnika postanowieniem Sądu lub poświadczonego przez notariusza.			

<b>Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów:</b>	<b>Sprawdzono pod względem merytorycznym</b>

II. Imię i nazwisko wnioskodawcy .....

1. Orzeczenie (rodzaj) .....

2. Ważne do .....

III. Dochód

Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym	
Miesięczny dochód rodziny w przeliczeniu na 1 członka w rodzinie	

IV. Wnioskowany przedmiot dofinansowania:

.....  
 .....

V. Opinia zespołu ds. rozpatrywania wniosków:

Wniosek zaopiniowany:

pozytywnie

Kwota dofinansowania .....

UWAGI.....  
 .....  
 .....

negatywnie

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

Data i podpisy członków zespołu:

\*niepotrzebne skreślić