

.....  
 (pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
 lub gabinetu lekarskiego)

....., dn. ....  
 (miejscowość)

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

**Imię i nazwisko** .....

**Adres zamieszkania** .....

**1. Rozpoznanie** .....

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

**2. Niepełnosprawność dotyczy narządu/ układu**.....

**SPRAWNOŚĆ KOŃCZYN  
 GÓRNYCH:**

- pełna  
 częściowo ograniczona  
 całkowicie niesprawne

**SPRAWNOŚĆ KOŃCZYN  
 DOLNYCH:**

- pełna  
 częściowo ograniczona  
 całkowicie niesprawne

**OSOBA PORUSZA SIĘ:**

- samodzielnie  
 z częściową pomocą  
 wyłącznie z pomocą  
 na wózku inwalidzkim  
 jest osobą leżącą

**ZALECANY SPRZĘT I PRZEWIDYWANE EFEKTY REHABILITACJI:**

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

**Stwierdzam, że zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu w/w sprzętu.**

.....  
 (pieczętka i podpis lekarza specjalisty)

\* dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie we Wrześni; **ważne 3 miesiące od daty wystawienia**

**OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW**

Ja niżej podpisany(a) .....  
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

zamieszkały(a).....  
(nr kodu, miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania)

**niniejszym oświadczam, iż prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe / iż razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby<sup>1</sup>:**

		Przeciętny miesięczny dochód
1.	Wnioskodawca: .....	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – <b>poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą:</b>		<b>X</b>
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
RAZEM		

Pouczony/a o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam co następuje:

**Łączny przeciętny miesięczny dochód rodziny wynosi: ..... zł**  
**(słownie złotych: .....).**

**Przeciętny miesięczny dochód rodziny** – jest to dochód wszystkich wspólnie zamieszkujących i prowadzących gospodarstwo domowe osób, obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym został złożony wniosek w rozumieniu ustawy o świadczeniach rodzinnych, pomniejszony o podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób

**Oświadczam, także że:**

1. przeciętny miesięczny dochód przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosi

..... zł

(słownie złotych .....).

2. prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., dnia .....r.

miejscość

.....

podpis Wnioskodawcy

*UWAGA: Na żądanie PCPR we Wrześni Wnioskodawca zobowiązany jest dostarczyć dowody poświadczające wysokość uzyskanych dochodów. W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzja na podstawie której przyznano środki finansowe PFRON, zostanie anulowana, a Wnioskodawca zobowiązany zostanie do zwrotu przekazanych przez Realizatora środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, liczonymi od dnia przekazania dofinansowania przez Realizatora programu. Samodzielne gospodarstwo domowe – gdy wnioskodawca mieszka i utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu. Wspólne gospodarstwo domowe – gdy wnioskodawca ma wspólny budżet domowy z innymi osobami, wchodzącymi w skład jego.*