

Nr wniosku ...../2018

Wypełnia pracownik PCPR



Pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek



Data wpływu wniosku

**WNIOSEK**  
**O DOFINANSOWANIE ZAOPATRZENIA W SPRZĘT REHABILITACYJNY**  
**DLA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**  
**STOSOWNIE DO POTRZEB WYNIKAJĄCYCH Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

**Dane dotyczące wnioskodawcy**

Imię i nazwisko..... tel .....

Nr. PESEL .....

Nr i seria dowodu osobistego ..... przez kogo wydany .....

Adres stały (z kodem).....

Adres tymczasowy (z kodem) .....od kiedy.....

gmina ....., powiat .....

**Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik**

Imię i nazwisko .....syn/córka..... (imię ojca)

seria .....nr dowodu .....wydany w dniu .....przez.....

nr PESEL.....nr identyfikacji podatkowej NIP.....

miejsowość.....ulica.....nr domu.....nr lokalu.....

nr kodu.....-.....poczta.....gmina.....powiat.....

nr telefonu.....

ustanowiony opiekunem\* / pełnomocnikiem\*.....

(postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia.....sygn. akt\* / na mocy.....

pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza.....z dnia.....

repet. nr.....)

**\*właściwe zaznaczyć**

**Cel dofinansowania** (rodzaj zakupu wraz z przewidywanym kosztem realizacji zadania)

Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PRFON

Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

Miejsce realizacji zadania.....

Informacja o kwotach przyznanych wcześniej środków Funduszu z określeniem numeru zawartej umowy, celu i daty przyznania dofinansowania oraz stanu rozliczenia.....

**POSIADANE ORZECZENIE** (właściwe zakreślić)

- |   |          |              |        |
|---|----------|--------------|--------|
| a) o stopniu niepełnosprawności   | Znacznym | Umiarkowanym | Lekkim |
| b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów do 01.01.1998r.  | I        | II           | III    |
| c) o całkowitej / o częściowej niezdolności do pracy / niezdolności do samodzielnej egzystencji     |          |              |        |
| d) o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydane przed 01.01.1998r. |          |              |        |
| e) o niepełnosprawności (dotyczy dzieci do 16 roku życia)   |          |              |        |

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku nie byłem/em stroną umowy zawartej z Funduszem, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych t.j (Dz. U. z 2016 r., poz. 922).

Uprzedzony/a o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2017r. poz. 2204) oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis Wnioskodawcy lub przedstawiciela ustawowego

## OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O WYSOKOŚCI DOCHODÓW I LICZBIE OSÓB POZOSTAJĄCYCH WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym (wpisać adres) ..... pozostają następujące osoby:

Imię	Nazwisko	Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Stopień niepełnosprawności	Dochód miesięczny(1)
<b>Dane dotyczące wnioskodawcy:</b>					
1.			-----	-----	
<b>Pozostali członkowie ze wspólnego gospodarstwa:</b>					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					

W przypadku osób samotnych do oświadczenia należy wpisać tylko Wnioskodawcę.

### OŚWIADCZENIE

Liczba członków rodziny pozostających (razem z Wnioskodawcą) we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi ..... osoby/osób.

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód (2), w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi..... zł ..... gr.

słownie.....

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie moich danych osobowych, w bazie danych Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Łęcznej dla potrzeb niezbędnych dla realizacji dofinansowania, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych t.j (Dz. U. z 2016 r., poz. 922).

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych t.j (Dz. U. z 2016 r., poz. 922).

Uprowadzony/a o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeksu Karnego (Dz. U. z 2017r. poz. 2204) oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. Prawdziwość powyższych danych – pod groźbą odpowiedzialności karnej – stwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis Wnioskodawcy lub przedstawiciela ustawowego

## **POUCZENIE**

(1) Jest to średni miesięczny dochód za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2017r. poz. 1952) pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składką z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób.

(2) Dochód uzyskany należy podzielić przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

UWAGA: ZASILEK PIEŁĘGNACYJNY, RODZINNY I WYCHOWAWCZY NIE JEST DOCHODEM.

### **Do wniosku należy dołączyć:**

1. Kopia dokumentu potwierdzającego stopień niepełnosprawności, grupę inwalidzką lub niezdolność do pracy, niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym wydanym przed 01.01.1998r. (dotyczy osób powyżej 16 roku życia) - **oryginał do wglądu,**
2. Kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności (dotyczy dzieci do 16 roku życia) – **oryginał do wglądu,**
3. Oświadczenie wnioskodawcy o wysokości dochodów i liczbie członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym ( na załączonym druku),
4. Fakturę pro forma określającą kwotę zakupu sprzętu rehabilitacyjnego,
5. Zaświadczenie lekarskie wydane przez **lekarza specjalistę** zawierające informacje, iż **zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu,**
6. Kopia dokumentów potwierdzających niepełnosprawność osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób – o ile dotyczy ( **oryginał do wglądu,**
7. Zaświadczenie o pobieraniu nauki (dotyczy osób niepełnosprawnych w wieku od 18 do 24 lat).

**Zaświadczenie lekarskie dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie**

Proszę wypełnić czytelnie w języku polskim

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

**Rozpoznanie** (w języku polskim).....

.....

.....

Niepełnosprawność dotyczy narządu/układu.....

**Sprawność**

**kończyn górnych:**

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowicie niesprawne

**kończyn dolnych:**

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowicie niesprawne

**Osoba porusza się:**

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

Nazwa sprzętu rehabilitacyjnego: .....

.....

**Pacjent wymaga rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu w/w sprzętu.**

Uzasadnienie .....

.....

.....

.....

.....

.....

data

.....

pieczęć i podpis lekarza specjalisty