

Data wpływu:
Nr sprawy:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Do

(nazwa jednostki PCPR/MOPS)

(adres jednostki PCPR/MOPS)

WNIOSEK

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

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

ROLA WNIOSKODAWCY

**Wnioskodawca składa
wniosek:**

- We własnym imieniu
- Jako rodzic
- Jako opiekun prawny
- Jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna
prawnego)
- na mocy pełnomocnictwa poświadczanego notarialnie
- na mocy pełnomocnictwa niepoświadczanego notarialnie

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY/ OSOBY REPREZENTUJĄCEJ WNIOSKODAWCĘ

Imię:

Drugie imię:

Nazwisko:

PESEL:

Data urodzenia:	
Płeć:	

ADRES WNIOSKODAWCY/ OSOBY REPREZENTUJĄCEJ WNIOSKODAWCĘ

Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES KORESPONDENCYJNY OSOBY REPREZENTUJĄCEJ WNIOSKODAWCĘ

Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Znaczny/I grupa inwalidztwa /niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Umiarkowany/II grupa inwalidztwa /całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> Lekki/III grupa inwalidztwa/ częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy (w sytuacji osób do 16 roku życia)*
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:

Numer orzeczenia:	
Rodzaj niepełnosprawności (jeśli jest wskazany na orzeczeniu o niepełnosprawności):	<input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne <input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:	<input type="checkbox"/> indywidualnie <input type="checkbox"/> wspólnie (wieloosobowe)
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:	
Liczba osób niepełnosprawnych w gospodarstwie domowym	
Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:	

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Ze środków finansowych PFRON w ciągu 3-ech ostatnich lat:	<input type="checkbox"/> korzystałem <input type="checkbox"/> nie korzystałem
--	--

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH UPRIEDNIO ŚRODKÓW PFRON (w przypadku braku skorzystania przekreślić)

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia
				<input type="checkbox"/> rozliczono <input type="checkbox"/> nierozliczono <input type="checkbox"/> nie dotyczy

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania (wskazanie przedmiotu zakupu):	
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):	
Słownie:	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON, co stanowi 80 % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania tj. (wskazać kwotowo wyliczenie 80%):	
Słownie:	
Deklarowane środki własne (wskazać kwotowo wyliczenie 20% wartości przedsięwzięcia):	
Inne źródła finansowania np. środki własne (należy wskazać):	
Cel dofinansowania:	
PODSUMOWANIE (WSZYSTKIE PRZEDMIOTY)	
Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów):	
Miejsce realizacji zadania:	

Termin rozpoczęcia:	
Przewidywany czas realizacji:	
Uzasadnienie	

FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

Forma przekazania dofinansowania	<input type="checkbox"/> przelewem na rachunek bankowy <input type="checkbox"/> w kasie lub przekazem pocztowym <input type="checkbox"/> bezpośrednio na rachunek Sprzedawcy podany na dowodzie zakupu
Właściciel konta (imię i nazwisko, ewentualnie nazwa Sprzedawcy):	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

Część C – Dane dodatkowe

SYTUACJA ZAWODOWA

Sytuacja zawodowa wnioskodawcy:	<input type="checkbox"/> Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą <input type="checkbox"/> Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się lub studiująca <input type="checkbox"/> Dzieci i młodzież do 18 lat <input type="checkbox"/> Bezrobotny poszukujący pracy <input type="checkbox"/> Rencista poszukujący pracy <input type="checkbox"/> Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
--	---

OŚWIADCZENIA

- Oświadczam, iż do dnia złożenia wniosku nie poniosłem/poniosłam jakichkolwiek nakładów na poczet niniejszego wniosku.
- W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania

usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

3. **Upředzony/upředzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Przepisy wprowadzające Kodeks karny - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.**
4. Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.
5. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
6. Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

<i>Miejscowość</i>	<i>Data</i>	<i>Podpis Wnioskodawcy</i>

ZALĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Nazwa
1.	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności
2.	FV proforma
3.	Zaświadczenie lekarskie w zakresie konieczności rehabilitacji w warunkach domowych
4.	
5.	
6.	