

Data wpływu:

Nr wniosku:

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

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

I. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY	
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
ADRES ZAMIESZKANIA	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

II. DANE PODOPIECZNEGO

Nie dotyczy

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

DANE ADRESOWE

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

OPIEKUN USTANOWIONY/USTANOWIONA

Przedstawicielem ustawowym

Opiekunem prawnym:

Postanowieniem Sądu Rejonowego:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	

Pełnomocnikiem, na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza:

Imię i nazwisko:	
Z dnia:	
Repetitorium nr:	

III. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność:	<input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Osoby w wieku do 16 lat posiadające orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie dotyczy

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
- Inna dysfunkcja narządu ruchu
- Dysfunkcja narządu wzroku
- Dysfunkcja narządu słuchu i mowy
- Upośledzenie umysłowe/całościowe zaburzenia rozwojowe
- Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia
- Inny/jaki?.....

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

KOSZTY REALIZACJI

Przedmiot dofinansowania:	
Miejsce realizacji zadania:	
Cel dofinansowania:	

Przewidywany koszt realizacji zadania:	
Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania (maksymalnie 80%)	

INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON			Tak(1) <input type="checkbox"/>	Nie(1) <input type="checkbox"/>
Numer i data zawarcia umowy	Kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak nie

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania

Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

OŚWIADCZENIA

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

Oświadczam, że w ciągu trzech lat od daty złożenia wniosku byłem/łam stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:

tak nie (zaznaczyć właściwe)

Oświadczam, że zostałam/łem poinformowana/ny, iż dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku podane zostały zgodnie z prawdą.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji wniosku, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE zwanego „RODO” oraz z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018 poz.1000).

Uwaga: Podanie informacji niezgodnych z prawdą eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

Wymagane załączniki		WYPEŁNIA PCPR		
		Dolącono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia/uwagi
1.	Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub innego orzeczenia równoważnego (oryginał do wglądu), dowód osobisty osoby niepełnosprawnej do wglądu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Zaświadczenie od lekarza specjalisty stwierdzające, że zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu konkretnego sprzętu rehabilitacyjnego.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Kosztorys lub oferta cenowa dotycząca przedmiotu dofinansowania wystawione przez sprzedawcę/ usługodawcę.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	W przypadku reprezentowania osoby niepełnoletniej – dowód osobisty przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego do wglądu oraz kopia dokumentu potwierdzającego prawo do reprezentowania osoby niepełnoletniej (np. skrócony akt urodzenia dziecka, postanowienie Sądu o ustanowieniu opieki prawnej).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	W przypadku reprezentowania osoby dorosłej – dowód osobisty opiekuna lub pełnomocnika do wglądu oraz kserokopia postanowienia Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego lub kserokopia pełnomocnictwa notarialnego.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	