



pieczęć wpływu wniosku

.....
data wpływu kompletnego wniosku - wypełnia PCPR

PCPR.531.1. _____
Nr wniosku - wypełnia PCPR

W N I O S E K

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

Część A: Dane Wnioskodawcy

1. Dane osoby niepełnosprawnej dorosłej lub niepełnosprawnego dziecka

.....dziecko/dorosły*	
imię i nazwisko Wnioskodawcy * podkreślić właściwe	
PESEL (ulica/nr domu/nr lokalu/miejscowość)
 (kod pocztowy/poczta)
nr telefonu	adres zamieszkania Wnioskodawcy

2. Dane przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekuna prawnego lub pełnomocnika Wnioskodawcy

.....	
imię i nazwisko przedstawiciela Wnioskodawcy – pokrewieństwo z Wnioskodawcą	
PESEL (ulica/nr domu/nr lokalu/miejscowość)
 (kod pocztowy/poczta)
nr telefonu	adres zamieszkania przedstawiciela Wnioskodawcy

3. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

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** wynosi: _____ zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym (wliczając Wnioskodawcę): _____ .

4. Przedmiot dofinansowania

Proszę o dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego: (podać nazwę sprzętu rehabilitacyjnego)

.....
..... potrzebnego do prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych.

Przewidywany koszt sprzętu rehabilitacyjnego wynosi: _____ zł.

Kwota wnioskowanego dofinansowania: _____ zł-**do 80%** kosztów zakupu wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego.

5. Cel dofinansowania (uzasadnienie potrzeby zakupu sprzętu rehabilitacyjnego)

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

6. Miejsce realizacji zadania (adres, gdzie będzie używany sprzęt rehabilitacyjny)

.....

7. Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON: tak nie * właściwe zakreślić krzyżykiem				
Cel (nazwa zadania ustawowego oraz /lub nazwa programu, w ramach, którego przyznana została pomoc)	Numer zawartej umowy	Data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Stan rozliczenia (* podkreślić właściwe)
				rozliczyłem(am)się * jestem w trakcie rozliczania * nie rozliczyłem(am)się *
				rozliczyłem(am)się * jestem w trakcie rozliczania * nie rozliczyłem(am)się *
				rozliczyłem(am)się * jestem w trakcie rozliczania * nie rozliczyłem(am)się *
				rozliczyłem(am)się * jestem w trakcie rozliczania * nie rozliczyłem(am)się *

8. Oświadczenie dotyczące przekazania dofinansowania * właściwe zakreślić krzyżykiem

- na rachunek bankowy sprzedawcy sprzętu na rachunek bankowy Wnioskodawcy

.....
nazwa/imię i nazwisko właściciela rachunku bankowego

.....
nazwa banku i numer rachunku bankowego

9. Oświadczenie o korzystaniu ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Oświadczam, że:

- 1) nie mam zaległości wobec PFRON i
- 2) w ciągu trzech lat od daty złożenia niniejszego wniosku nie byłam/em stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

10. Oświadczenie Wnioskodawcy

- 1) Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych/mojego dziecka/podopiecznego przez administratora danych - Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Mieście Lubawskim, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych gromadzonych w systemie informatycznym/nieinformatycznym w celu realizacji niniejszego wniosku, które przekazuję dobrowolnie zastrzegając prawo dostępu, sprawdzania i poprawiania.
- 2) Pouczony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego za składanie fałszywych zeznań, oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Art. 233 § 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§ 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

Oświadczam, że o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Mieście Lubawskim w ciągu 14 dni.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy lub przedstawiciela ustawowego
Wnioskodawcy, opiekuna prawnego lub pełnomocnika

Załączniki do wniosku:

- 1) kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia – **oryginał do wglądu**
- 2) aktualne zaświadczenie lekarskie o potrzebie prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu sprzętu rehabilitacyjnego – należy podać nazwę zalecanego sprzętu rehabilitacyjnego
- 3) oferta cenowa lub faktura proforma na wnioskowany sprzęt rehabilitacyjny
- 4) kopia pełnomocnictwa lub innego dokumentu dającego podstawę prawną do reprezentacji Wnioskodawcy - **oryginał do wglądu**

Uwaga: Sprzęt rehabilitacyjny nie może zostać zakupiony przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON

Część B: Wypełnia Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

1. Rozpatrzenie wniosku

- 1) Potwierdzam / nie potwierdzam* kompletność złożonego wniosku oraz załączników do wniosku.
- 2) Potwierdzam / nie potwierdzam* zachowanie kryterium dochodowego, przy kryterium dochodowym _____ zł, dochody wnioskodawcy / rodziny* wynoszą _____ zł na osobę.

.....
data, pieczętka i podpis pracownika PCPR

2. Decyzja Dyrektora PCPR

Wniosek rozpatrzono pozytywnie / negatywnie* i przyznano / nie przyznano* środki finansowe PFRON w wysokości _____ zł, słownie _____

_____ w ramach dofinansowania zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny.

.....
data, pieczętka i podpis Dyrektora PCPR

3. Rozliczenie przyznanego dofinansowania – po zawarciu umowy

- 1) przedmiot dofinansowania
- 2) poniesiony koszt przedmiotu dofinansowania
- 3) limit dofinansowania z umowy
- 4) udział własny osoby niepełnosprawnej
- 5) kwota dofinansowania do przekazania

.....
data, pieczętka i podpis pracownika PCPR

Podstawa prawna:

- 1) ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
- 2) rozporządzenie z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

* niepotrzebne skreślić

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Mieście Lubawskim
- dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

1. Imię i nazwisko pacjenta:

Adres zamieszkania:

PESEL:

2. Rozpoznanie chorobowe:

.....

.....

.....

3. Zalecany sprzęt rehabilitacyjny stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności:

.....

.....

.....

.....

4. Czy zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu sprzętu rehabilitacyjnego wymienionego w pkt.3?

TAK*

NIE*

.....
pieczęć i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

***właściwie zakreślić X**