



WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

I. DANE OSOBOWE WNIOSKODAWCY

<u>DANE WNIOSKODAWCY</u> (DZIECKA/PODOPIECZNEGO)	<u>DANE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO</u> <u>PEŁNOMOCNIKA</u>																								
IMIĘ.....	IMIĘ.....																								
NAZWISKO.....	NAZWISKO.....																								
DATA URODZENIA.....	DATA URODZENIA.....																								
PESEL <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>													PESEL <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>												
ADRES ZAMIESZKANIA:	ADRES ZAMIESZKANIA:																								
MIEJSCOWOŚĆ.....	MIEJSCOWOŚĆ.....																								
KOD POCZTOWY <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td>-</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>			-					KOD POCZTOWY <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td>-</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>			-														
		-																							
		-																							
ULICA	ULICA																								
NR DOMU.....NR MIESZKANIA.....	NR DOMU.....NR MIESZKANIA.....																								
TELEFON:.....	TELEFON:.....																								

1. Przedmiot dofinansowania.....
(należy podać nazwę urzędu)

Przewidywany koszt realizacji zadania: zł

Słownie:.....zł

Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania:zł
(max do 80% kosztu realizacji zadania)

Słownie:zł

Proszę o przekazanie dofinansowania na:

Nr konta.....

(nazwa banku i numer konta bankowego)

konto wskazane w fakturze

2. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik (proszę wstawić X we właściwej rubryce)

Znaczny	
I grupa inwalidzka	
Osoba całkowicie niezdolna do pracy i do samodzielnej egzystencji	
Osoba stale albo długotrwale niezdolna do pracy w gospodarstwie rolnym, której przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
Umiarkowany	
II grupa inwalidzka	
Osoba całkowicie niezdolna do pracy	
Lekki	
Osoby częściowo niezdolne do pracy	
Osoby stale i długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	
Inwalidzi III grupy	
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności	
Orzeczenie ważne do :	

3. Rodzaj niepełnosprawności (proszę wstawić X we właściwej rubryce)

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządu słuchu	
5. dysfunkcja narządu mowy	
6. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
7. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
8. inny/jaki?	

4. Sytuacja zawodowa

1. Zatrudniony*/prowadzący działalność gospodarczą*	
2. Osoba w wieku od 18 do 24 ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca	
3. Bezrobotny poszukujący pracy*/rencista poszukujący pracy*	
4. Rencista*/emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy	
5. Osoby utrzymujące się z zasiłków z pomocy społecznej	
6. Dzieci, młodzież do lat 18	

* niepotrzebne skreślić

5. Średni dochód miesięczny na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy

Średni miesięczny dochód netto w gospodarstwie domowym		
Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym		
	w tym liczba osób niepełnosprawnych	
Średni dochód miesięczny netto na osobę		

6. Korzystanie ze środków finansowych PFRON

korzystałem/łam: TAK NIE

Lp.	Numer umowy (jeśli dotyczy)	Cel umowy	Data przyznanego dofinansowania	Kwota przyznanego dofinansowania	Stan rozliczenia

7. Miejsce realizacji zadania

.....
.....

8. Cel dofinansowania (uzasadnienie składanego wniosku)

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

II. Informacje końcowe

1. Zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia pomniejszonej ewentualne dofinansowanie z innych źródeł, a przyznaną ze środków PFRON kwotą dofinansowania.
2. Oświadczam, iż przed złożeniem wniosku zapoznałem(am) się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych, która dostępna jest w siedzibie PCPR w Wodzisławiu Śląskim oraz na stronie www.pcpr-wodzislaw.pl, a Administratorem danych osobowych jest Dyrektor, reprezentujący Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wodzisławiu Śląskim.
3. Pouczony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks Karny (Dz. U. z 2018, poz. 1600) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
4. Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Dyrektora PCPR o wszelkich zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku, mających wpływ na sposób jego rozpatrzenia.

.....
data

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy

Załączniki wymagane do wniosku:

Nazwa załącznika		Dołączono do wniosku *
1.	<i>Kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub art. 62 ustawy, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przez dniem 1 stycznia 1998r. (oryginał do wglądu).</i>	
2.	Oryginał orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą w przypadku takich osób (do wglądu).	
3.	Jedna oferta wnioskowanego sprzętu wraz z specyfikacją.	
4.	Zaświadczenie lekarza specjalisty.	
5.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym (jeżeli dotyczy) – opiekuna prawnego lub pełnomocnika (oryginał do wglądu).	
6.	Inne dokumenty (jakie)	

* właściwe zaznaczyć

....., dnia.....

(stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki zawodowej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA SPECJALISTY O STANIE ZDROWIA

*wydane dla potrzeb PCPR w Wodzisławiu Śląskim
celem przyznania dofinansowania ze środków PFRON
do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego*

Imię nazwisko pacjenta

data urodzenia

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Rozpoznanie i opis choroby zasadniczej:

.....

.....

.....

.....

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia niepełnosprawności:

.....

.....

.....

3. Zalecany sprzęt rehabilitacyjny stosowny do potrzeb wynikających z niepełnosprawności oraz przewidywane skutki/rezultaty jego stosowania:

.....

.....

.....

.....

Ponadto stwierdzam potrzebę prowadzenia codziennej rehabilitacji przy użyciu w/w sprzętu rehabilitacyjnego w warunkach domowych.

.....
Data

.....
Pieczętka i podpis lekarza
specjalisty wystawiającego zaświadczenie

WYPEŁNIA PCPR

TABELA OCENY WNIOSKU

OCENA FORMALNA WNIOSKU (kompletność wymaganych dokumentów)

POZYTYWNA

NEGATYWNA

Data Podpis

OCENA MERYTORYCZNA (spełnianie warunków określonych przepisami)

POZYTYWNA

NEGATYWNA

Data Podpis

OPINIA KIEROWNIKA SEKCJI

POZYTYWNA

NEGATYWNA (uzasadnienie)

.....

Data..... Podpis

DECYZJA DYREKTORA PCPR

POZYTYWNA

NEGATYWNA (uzasadnienie)

.....

Data..... Podpis