

WNIOSEK

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

Dane dotyczące Wnioskodawcy:

Imię i nazwisko
Adres zamieszkania.....
dowód osobisty seria nr wydany w dniu
przez nr PESEL
nr telefonu

Dane przedstawiciela ustawowego w przypadku osoby małoletniej lub opiekuna prawnego osoby ubezwłasnowolnionej lub pełnomocnika:

Imię i nazwisko
Adres zamieszkania.....
dowód osobisty seria nr wydany w dniu
przez nr PESEL
.....

Przedmiot dofinansowania:

Przewidywany koszt realizacji zadania:

Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania:

Nazwa banku i numer rachunku bankowego, na który należy przekazać środki :

.....
.....

Cel dofinansowania

.....

Uzasadnienie wniosku (spodziewany wpływ wykorzystania sprzętu rehabilitacyjnego na poprawę
sprawności psychofizycznej Wnioskodawcy):

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

Miejsce realizacji zadania

**Informacja o kwotach przyznanych wcześniej środków PFRON z określeniem nr zawartej umowy, celu
i daty przyznania dofinansowania oraz stanu rozliczenia (z okresu ostatnich 3 lat):**

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

Oświadczenia :

Niniejszym oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach rodzinnych, , obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę 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 wynosi złotych

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi co w przeliczeniu na jedną osobę we wspólnym gospodarstwie domowym dochód wynosizłotych

Świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 kodeksu karnego oświadczam, że dane podane przeze mnie we wniosku oraz w załącznikach są zgodne z prawdą.

W przypadku wykrycia faktu wprowadzenia w błąd organu rozpatrującego wniosek, podania nieprawdziwych informacji, zobowiązuję się do zwrotu pełnej kwoty udzielonego dofinansowania wraz z odsetkami, w terminie wskazanym przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Radomiu.

Nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, iż dofinansowaniu nie podlegają koszty realizacji zadania poniesione przed zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON. Wszelkie zakupy można rozpocząć dopiero po podpisaniu umowy.

.....
(data i podpis Wnioskodawcy lub w imieniu wnioskodawcy przedstawiciel
ustawowy, opiekun prawny , pełnomocnik)

Oświadczenia

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych we wniosku złożonym w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Radomiu na potrzeby realizacji wniosku.
2. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej o zakresie ochrony danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Radomiu oraz znam przysługujące mi prawa.

.....
(data i podpis Wnioskodawcy lub w imieniu wnioskodawcy przedstawiciel
ustawowy, opiekun prawny , pełnomocnik)

Wymagane załączniki:

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub kopia orzeczenia o niepełnosprawności (dotyczy dziecka).
2. Zaświadczenie lekarskie stwierdzające potrzebę prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przez osobę niepełnosprawną (druk w załączeniu).
3. Oferta cenowa lub faktura proforma wnioskowanego przedmiotu.
4. Zaświadczenie/postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego dla osoby niepełnosprawnej lub pełnomocnictwo (jeżeli dotyczy).

.....
(data i podpis Wnioskodawcy lub w imieniu wnioskodawcy przedstawiciel
ustawowy, opiekun prawny , pełnomocnik)

Decyzja o przyznaniu dofinansowania

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

.....
Data i podpis Dyrektora PCPR

Zaświadczenie lekarskie

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Proszę wypełnić czytelnie w języku polskim

Imię i Nazwisko

Data i miejsce urodzenia Nr PESEL

Adres zamieszkania

Rozpoznanie:

.....

.....

Niepełnosprawność dotyczy narządu/układu

SPRAWNOŚĆ KOŃCZYN GÓRNYCH	SPRAWNOŚĆ KOŃCZYN DOLNYCH	OSOBA PORUSZA SIĘ
--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ pełna | ☐ pełna | ☐ samodzielnie |
| ☐ częściowo ograniczona | ☐ częściowo ograniczona | ☐ z częściową pomocą |
| ☐ całkowicie niesprawne | ☐ całkowicie ograniczona | ☐ wyłączenie z pomocą |
| | | ☐ na wózku inwalidzkim |
| | | ☐ jest osobą leżącą |

ZAOPATRZENIE W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE:

1. oprotezowanie/zaaparatowanie kończyn górnych (jednostronne, obustronne)
 2. oprotezowanie/zaaparatowanie kończyn dolnych (jednostronne, obustronne)
- ☐ wózek inwalidzki ☐ kule łokciowe ☐ inne (jakie)

ZALECANY SPRZĘT I PRZEWIDYWANE EFEKTY REHABILITACJI:

.....

.....

.....

.....

Stwierdzam, że zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu wyżej wymienionego sprzętu.

.....

Data

.....

Pieczęć i podpis lekarza specjalisty