



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

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć	☐ mężczyzna ☐ kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Wartość
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto ☐ wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES KORESPONDENCYJNY☐ Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Wartość
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Pocztą:	

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	☐ mężczyzna ☐ kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Wartość
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Pocztą:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Wartość - wypełnić zgodnie z posiadanym orzeczeniem o niepełnosprawności
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	☐ tak ☐ nie
Stopień niepełnosprawności:	☐ Znaczny ☐ Umiarkowany ☐ Lekki ☐ Nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	☐ bezterminowo ☐ okresowo – do dnia:.....
Grupa inwalidzka:	☐ I grupa ☐ II grupa ☐ III grupa ☐ nie dotyczy
Niezdolność:	☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji ☐ Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny ☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy ☐ Osoby częściowo niezdolne do pracy ☐ Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym ☐ Nie dotyczy
Rodzaj niepełnosprawności:	☐ 01-U – upośledzenie umysłowe ☐ 02-P – choroby psychiczne ☐ 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu ☐ osoba głucha ☐ osoba głuchoniema ☐ 04-O – narząd wzroku ☐ osoba niewidoma ☐ osoba głuchoniewidoma ☐ 05-R – narząd ruchu ☐ wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego ☐ dysfunkcja obu kończyn górnych ☐ 06-E – epilepsja ☐ 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia ☐ 08-T – choroby układu pokarmowego ☐ 09-M – choroby układu moczowo-płciowego ☐ 10-N – choroby neurologiczne ☐ 11-I – inne ☐ 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności)	☐ tak ☐ nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	☐ 2 przyczyny ☐ 3 przyczyny

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych ze środków finansowych PFRON:

- ☐ nie korzystałem
☐ korzystałem

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

I. PRZEDMIOT WNIOSKU

.....

.....

.....

Przedmiot

Nazwa pola	Przedmiot 1	Przedmiot 2	Przedmiot 3
Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:			
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):			
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON – maksymalnie 80%:			
co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:			
Miejsce realizacji:			
Cel dofinansowania:			

PODSUMOWANIE (WSZYSTKIE PRZEDMIOTY)

Nazwa pola	Wartość
Przewidywany koszt:	
Kwota wnioskowana:	
Uzasadnienie:	

FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

- ☐ Przelew na konto Sprzedawcy przedmiotu/usługi
- ☐ Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Wartość
Właściciel konta (imię i nazwisko):	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

SYTUACJA ZAWODOWA

- ☐ Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
- ☐ Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
- ☐ Bezrobotny poszukujący pracy
- ☐ Rencista poszukujący pracy

- ☐ Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
- ☐ Dzieci i młodzież do lat 18
- ☐ Inne / jakie?

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że gospodarstwo domowe prowadzę:

- ☐ indywidualne ☐ wspólne

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:

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.

Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) - 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.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na:

- przetwarzanie moich danych osobowych podanych w złożonym wniosku i zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej o zakresie ochrony danych osobowych dostępnej w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Radomiu oraz znam przysługujące mi prawa.
- umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

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
3.	Oferta cenowa lub faktura proforma wnioskowanego przedmiotu.
4.	Zaświadczenie/postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego dla osoby niepełnosprawnej lub pełnomocnictwo (jeżeli dotyczy).
5.	Oświadczenie o nieposiadaniu zaległości wobec PFRON.

Oświadczenie

Oświadczam, że nie posiadam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

W ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie została ze mną rozwiązana umowa zawarta z PFRON z przyczyn leżących po mojej stronie.

.....
(data i podpis Wnioskodawcy, opiekuna prawnego, pełnomocnika)

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Zaświadczenie lekarskie

(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:

- ☐ pełna
- ☐ częściowo ograniczona
- ☐ całkowicie niesprawne

SPRAWNOŚĆ KOŃCZYN DOLNYCH:

- ☐ pełna
- ☐ częściowo ograniczona
- ☐ całkowicie ograniczona

OSOBA PORUSZA SIĘ:

- ☐ samodzielnie
- ☐ z częściową pomocą
- ☐ wyłączenie z pomocą
- ☐ na wózku inwalidzkim
- ☐ jest osobą leżącą

ZAOPATRZENIE W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE:

oprotezowanie/zaaparatowanie kończyn górnych

- ☐ jednostronne ☐ obustronne

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