

Pieczęć wpływu

PCPR.N.
nr wniosku

WNIOSEK

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

Część A: DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

I. Dane personalne osoby niepełnosprawnej

Imię i nazwisko:		
Adres zamieszkania:		
Powiat:	Województwo:	
Pesel:		
Seria i nr dowodu osobistego:	Wydany w dniu:	Wydany przez:
Numer telefonu:		
Nazwa banku i numer rachunku bankowego:		

II. Stopień niepełnosprawności (proszę uzupełnić wstawiając „x”)

ORZECZENIE: czasowe do dnia; stałe

1. Znaczny	
inwalidzi I grupy	
osoby całkowicie niezdolne do pracy i samodzielnej egzystencji	
osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym (z prawem do zasiłku pielęgnacyjnego)	
osoby w wieku do lat 16 (z orzeczeniem o niepełnosprawności)	
2. Umiarkowany	
inwalidzi II grupy	
osoby całkowicie niezdolne do pracy	
3. Lekki	
pozostali inwalidzi III grupy	
osoby częściowo niezdolne do pracy	
osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym (bez prawa do zasiłku pielęgnacyjnego)	

III. Przyczyny/ rodzaje niepełnosprawności (proszę uzupełnić wstawiając „x”)

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
2. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się za pomocą przedmiotu ortopedycznego, podać jakiego:	
3. inna dysfunkcja narządu ruchu	
4. dysfunkcja narządu wzroku	
5. inne schorzenia, podać jakie:	

IV. Sytuacja mieszkaniowa (proszę uzupełnić wstawiając „x”)

1. osoba mieszkająca samotnie	
2. osoba mieszkająca z rodziną	
3. osoba mieszkająca z osobami niespokrewnionymi	

V. Sytuacja zawodowa (proszę uzupełnić wstawiając „x”)

1. zatrudniony*/ prowadzący działalność gospodarczą*	
2. młódzież od 18 do 24 lat ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca*	
3. bezrobotny poszukujący pracy*/ rencista poszukujący pracy*	
4. rencista*/ emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy	
5. dzieci i młódzież do 18 roku życia	

Część B: INFORMACJE O PRZEDMIOCIE WNIOSKU

I. Przedmiot dofinansowania

Przewidywany koszt ogólny: kwota zł
Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: (do 80% kosztu ogólnego) kwota: zł kwota słownie: zł
Czy Wnioskodawca korzystał z dofinansowania ze środków PFRON w tym samym przedmiocie? (proszę wypełnić wstawiając „x”) <input type="checkbox"/> Tak - podać rok <input type="checkbox"/> Nie

II. Korzystanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (proszę uzupełnić)

Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym przez PCPR lub PFRON				TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	
Cel (nazwa instytucji, programu i /lub zadania w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana	Kwota rozliczenia przez organ udzielający pomocy (w zł)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
Razem uzyskane						
dofinansowanie:						

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON?

TAK NIE

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PCPR?

TAK NIE

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

.....

.....

Uwaga! za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął

Część C: INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

I. Informacje dodatkowe (proszę wypełnić oraz wstawić „x”)

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
1) Uzasadnienie wniosku	
2) Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności.	<input type="checkbox"/> TAK 2 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK 3 przyczyny niepełnosprawności
3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie sprzętu rehabilitacyjnego (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR)?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dotyczące niepełnosprawności)?	<input type="checkbox"/> TAK (1 osoba) <input type="checkbox"/> TAK (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> NIE

II. Dane przedstawiciela ustawowego opiekuna prawnego / pełnomocnika (*proszę wypełnić wstawiając „x”)

1. opiekun prawny*		
2. pełnomocnik*		
Imię i nazwisko:	Pokrewieństwo:	
Ulica:	Nr domu:	
Miejscowość:	Kod pocztowy:	
Powiat:	Województwo:	
Pesel:		
Seria i numer dowodu osobistego:	Wydany przez:	
Nr telefonu:		
postanowienie Sądu rejonowego z dn. sygn. akt/		
na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza		
z dn. repet nr		

Oświadczenie:

1. Uprzedzony o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 17 grudnia 2021r. – Kodeks Karny (Dz. U. z 2021 r., poz. 2345 ze zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku, zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.
2. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Funduszu, oraz nie byłem stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie w ciągu 3 ostatnich lat.
3. Posiadam środki własne na sfinansowanie zadania w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON.
4. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.

.....
**Czytelny podpis Wnioskodawcy / przedstawiciela
ustawowego /opiekuna prawnego / pełnomocnika**

* niepotrzebne skreślić

III. Załączniki wymagane do wniosku (uzupełnienia wpisując „x” dokonuje pracownik PCPR)

Lp.	Nazwa załącznika	WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE PCPR (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia/ uwagi
1.	Aktualne zaświadczenie lekarskie lekarza specjalisty (ważne 90 dni od daty wystawienia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o dochodach w gospodarstwie domowym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Kserokopia orzeczenia, o którym mowa w art.1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011r. Nr 127, poz. 721 ze zm.) lub orzeczenie równoważne; oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą w przypadku takich osób; oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Kserokopia pełnomocnictwa lub postanowienia sądu, jeżeli ustanowiony jest pełnomocnik lub opiekun prawny; oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Dwie aktualne oferty cenowe wnioskowanego sprzętu od niezależnych sprzedawców	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Inne:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Inne:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Inne:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

.....
Data i podpis merytorycznego pracownika PCPR,
stwierdzającego kompletność złożonego wniosku