

pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

Załącznik nr 3
Do zasad udzielania dofinansowania ze środków
finansowych PFRON

nr kolejny wniosku

data wpływu kompletnego wniosku

POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W TARNOBRZEGU

WNIOSEK

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

Wnioskodawca (proszę wypełnić drukowanymi literami)

..... syn/córka
(imię (imiona) i nazwisko (imię ojca)

dowód osobisty seria nr wydany w dniuprzez

miejsowość ulica nr domu nr lokalu
(adres stałego zameldowania)

nr kodu poczta powiat.....

województwo nr tel./faxu (z nr kier.)**.....

Proszę o dofinansowanie

.....
należy podać nazwę sprzętu rehabilitacyjnego

w łącznej wysokości zł

(słowniezł.),

co stanowi% ceny brutto, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł.

Przewidywany całkowity koszt zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

Przewidywany termin realizacji zakupu

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

**podanie numeru telefonu jest dobrowolne

wniosek o dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego dla osób niepełnosprawnych

Krótkie uzasadnienie składanego wniosku:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Informacje o Wnioskodawcy**I. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik (1)**

1. znaczny	
• inwalidzi I grupy	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
• osoby w wieku do lat 16 (w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat), którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
2. umiarkowany	
• inwalidzi II grupy	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy	
• inwalidzi III grupy ze względu na głuchotę lub głuchoniemotę	
3. lekki	
• pozostali inwalidzi III grupy	
• osoby częściowo niezdolne do pracy	
• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

II. Rodzaj niepełnosprawności (1)

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	
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	

III. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

1. na dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny	
1.1. nie korzystałem	
1.2. korzystałem	
a) numer zawartej umowy	
b) przedmiot dofinansowania	
c) data otrzymania dofinansowania	
d) kwota dofinansowania [zł]	
2. korzystałem na inne cele ustawowe i rozliczyłem się	
3. korzystałem na inne cele ustawowe i jestem w trakcie rozliczenia	
4. korzystałem i nie rozliczyłem się	

(1) proszę wstawić X we właściwej rubryce

IV. Informacja o ewentualnym dofinansowaniu z innych źródeł, przeznaczonym na ten sam cel

.....
.....
.....
.....
*Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych wynikającej z art. 233 § 1 ustawy Z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.
O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 poz. 922).

.....
(podpis Wnioskodawcy*/ Przedstawiciela ustawowego*/ Opiekuna prawnego*/ Pełnomocnika*)

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), Opiekun prawny lub Pełnomocnik

..... syn/córka*

imię (imiona) i nazwisko

imię ojca

serianr wydany w dniu przez
dowód osobisty

nr PESEL

miejsowość ulica nr domu nr lokalu
adres stałego zameldowania

nr kodu poczta powiat

województwo

nr tel./faxu (z nr. Kier.)

ustanowiony Opiekunem*/ Pełnomocnikiem*

*postanowieniem Sądu Rejonowegoz dn.sygn. akt

*na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza

z dn. repert. nr

(1) proszę wstawić znak X we właściwej rubryce

* niepotrzebne skreślić

wniosek o dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego dla osób niepełnosprawnych

Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub grupie inwalidzkiej,
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności oraz konieczności zakupu sprzętu rehabilitacyjnego wskazanego we wniosku,
3. Oświadczenie o dochodach Wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą.

Adnotacje przyjmującego wniosek

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

I. Ocena zasadności wniosku:

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

.....
(data i podpis)

II. Opinia Komisji ds. opiniowania wniosków o dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

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

.....
(data)

.....
.....
(podpisy)

III. Decyzja o przyznaniu dofinansowania

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

.....
(data i podpis)

INFORMACJA

o przeciętnym miesięcznym dochodzie w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, pomniejszonym o obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, **obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.**

Nazwisko i imię

.....
(osoby niepełnosprawnej)

Adres zamieszkania

.....
(miejscowość, ulica, numer domu)

I. Dane dotyczące niepełnosprawnego (wnioskodawcy) o osiągniętych przez niego średnich miesięcznych dochodach za kwartał 200..... rok.:

1. wynagrodzenie – średni miesięczny dochód za kwartał 200.... rok. -..... zł.
2. emerytura-renta – średni miesięczny dochód za kwartał 200.....rok. -..... zł.
3. dochód rolny (ha przeliczeniowe)
4. inne (alimenty, zasiłki, itp.)

II. Dane dotyczące członków rodziny niepełnosprawnego pozostających z nim we wspólnym gospodarstwie domowym:

Pokrewieństwo	Nazwisko i imię	Data urodzenia	Przeciętny dochód netto w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek	
			rodzaj dochodu	wysokość

Średni m-czny dochód na 1 członka rodziny za kwartał 200..... rok wynosi:..... zł

Do informacji załączam dowodów.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis niepełnosprawnego)

Załączniki:

1. Oświadczenie o wysokości dochodów średnio miesięcznych netto za kwartał poprzedzający miesiąc składanego wniosku
2. Decyzje właściwego Urzędu Gminy w sprawie wymiaru podatku rolnego.
3. Inne.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
dla potrzeb ubiegania się przez osoby niepełnosprawne
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

Pan /Pani..... urodzony/a dnia.....

Zamieszkały/a

Rodzaj schorzenia (posiada dysfunkcje narządu ruchu – określić jakie)

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

Stwierdza się, że w/w osoba niepełnosprawna wymaga rehabilitacji w zakresie :

.....
.....

Zalecany sprzęt rehabilitacyjny:

.....
.....

Stwierdza się, że zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu powyższego sprzętu rehabilitacyjnego.

.....

(miejsce, data)

.....

(pieczęć i podpis lekarza specjalisty)