

Data wpływu:

Nr sprawy:

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

**Część A – DANE WNIOSKODAWCY**

**I. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

| Nazwa pola      | Wartość |
|-----------------|---------|
| Imię:           |         |
| Drugie imię:    |         |
| Nazwisko:       |         |
| PESEL:          |         |
| Data urodzenia: |         |

**ADRES ZAMIESZKANIA**

| Nazwa pola           | Wartość  |
|----------------------|--|
| Miejscowość:         |  |
| Ulica:               |  |
| Nr domu:             |  |
| Nr lokalu:           |  |
| Kod pocztowy:        |  |
| Poczta:              |  |
| Rodzaj miejscowości: | <input type="checkbox"/> miasto<br><input type="checkbox"/> wieś |
| Nr telefonu:         |  |
| Adres e-mail:        |  |

**II. DANE PODOPIECZNEGO** Nie dotyczy

| Nazwa pola      | Wartość |
|-----------------|---------|
| Imię:           |         |
| Drugie imię:    |         |
| Nazwisko:       |         |
| PESEL:          |         |
| Data urodzenia: |         |

**ADRES ZAMIESZKANIA**

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

**OPIEKUN USTANOWIONY/USTANOWIONA** Przedstawicielem ustawowym Opiekunem prawnym:

| Nazwa pola                      | Wartość |
|---------------------------------|---------|
| Postanowieniem Sądu Rejonowego: |         |
| Z dnia:                         |         |
| Sygnatura akt:                  |         |

 Pełnomocnikiem, na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza:

| Nazwa pola       | Wartość |
|------------------|---------|
| Imię i nazwisko: |         |

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Z dnia:</b>          |  |
| <b>Repetitorium nr:</b> |  |

### III. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

| Nazwa pola  | Wartość   |
|---|---|
| <b>Stopień niepełnosprawności:</b>  | <input type="checkbox"/> Znaczny<br><input type="checkbox"/> Umiarkowany<br><input type="checkbox"/> Lekki<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy  |
| <b>Grupa inwalidzka:</b>  | <input type="checkbox"/> I grupa<br><input type="checkbox"/> II grupa<br><input type="checkbox"/> III grupa<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy   |
| <b>Niezdolność:</b>   | <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji<br><input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny<br><input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy<br><input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy<br><input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy |
| <b>Osoby w wieku do 16 lat posiadające orzeczenie o niepełnosprawności:</b> | <input type="checkbox"/> Tak<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy  |

### RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
- Inna dysfunkcja narządu ruchu
- Dysfunkcja narządu wzroku
- Dysfunkcja narządu słuchu i mowy
- Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)
- Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia
- Inny / jaki?

### IV. 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?

### V. SYTUACJA MIESZKANIOWA – ZAMIESZKUJE

- samotnie
- z rodziną
- z osobami niespokrewnionymi

**VI. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON**

Na dofinansowanie do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny ze środków finansowych PFRON:

 nie korzystałem korzystałem**VII. CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON**

| Cel dofinansowania | Nr umowy | Data zawarcia umowy | Kwota dofinansowania | Stan rozliczenia |
|--------------------|----------|---------------------|----------------------|------------------|
|                    |          |                     |                      |                  |
|                    |          |                     |                      |                  |
|                    |          |                     |                      |                  |
|                    |          |                     |                      |                  |
|                    |          |                     |                      |                  |

**Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU****I. PRZEDMIOT WNIOSKU**

| Nazwa pola  | Wartość |
|---|---------|
| <b>Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:</b>                     |         |
| <b>Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):</b>                        |         |
| Słownie:  |         |
| <b>Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:</b>                 |         |
| Słownie:  |         |
| <b>co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:</b> |         |

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <b>Deklarowane środki własne:</b> |  |
| <b>Miejsce realizacji:</b>        |  |

## II. UZASADNIENIE

|  |
|--|
|  |
|--|

## OŚWIADCZENIE

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, wyniósł: ..... 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.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu 3 lat przez złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

**Uprowadzony/uprowadzona 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.**

Wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie moich w/w danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu i PFRON dla potrzeb związanych z realizacją zadań Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu na rzecz osób niepełnosprawnych finansowanych ze środków PFRON, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych



**OŚWIADCZENIE O NUMERZE KONTA** Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

| Nazwa pola                                 | Wartość |
|--|---------|
| <b>Właściciel konta (imię i nazwisko):</b> |         |
| <b>Nazwa banku:</b>                        |         |
| <b>Nr rachunku bankowego:</b>              |         |

 Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

| <i>Miejscowość</i> | <i>Data</i> | <i>Podpis wnioskodawcy/ osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy</i> |
|--------------------|-------------|---|
|                    |             |   |

Milicz, dnia .....

.....  
(pieczętka Zakładu Opieki Zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego)

### **Zaświadczenie lekarskie**

Zaświadczam, iż Pan/i: .....

(Imię i nazwisko)

Data urodzenia .....

PESEL .....

Zamieszkały/a .....

Stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności: .....

(opisać rodzaj niepełnosprawności)

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

Wymaga rehabilitacji w warunkach domowych z użyciem .....

(nazwa sprzętu rehabilitacyjnego)

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

(podpis i pieczętka lekarza specjalisty)