

.....
data wpływu wniosku

.....
pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

.....
nr wniosku

**Powiatowe Centrum
Pomocy Rodzinie
u. Goldapska 23, 19-400 Olecko**

WNIOSEK

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

(wypełnia osoba niepełnosprawna, przedstawiciel ustawowy – w przypadku małoletniego dziecka, opiekun prawny
lub pełnomocnik)

I. Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej:

1. Imię i nazwisko :tel.:
2. Adres zamieszkania:
3. Adres do korespondencji :
4. Nr PESEL:
5. Seria i nr dowodu osobistego :
6. Stopień niepełnosprawności * (lub jego odpowiednik w pkt. 1,2,3):
(* proszę wstawić znak X we właściwej rubryce)

1.	Znaczny / I grupa inwalidzka	
2.	Umiarkowany / II grupa inwalidzka	
3.	Lekki / III grupa inwalidzka	
4.	Orzeczenie o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy, niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanym przed 01 stycznia 1998 r. albo o niezdolności do samodzielnej egzystencji / orzeczenia KRUS wydane po 01.01.1998 r. nie są podstawą do zaliczenia osoby, której orzeczenie dotyczy, do osób niepełnosprawnych/;	
5.	Orzeczenie o niepełnosprawności w przypadku osób w wieku do 16 lat	

7. Rodzaj niepełnosprawności *:
(*proszę wstawić znak X we właściwej rubryce)

Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
Inna dysfunkcja narządu ruchu	
Dysfunkcja narządu wzroku	
Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
Inna: jaka?	
.....	

8. Inne osoby niepełnosprawne pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym (imię, nazwisko, stopień i rodzaj niepełnosprawności):

- 1)
2)

II. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (dla małoletnich osób niepełnosprawnych), opiekuna prawnego lub pełnomocnika:

1. Imię i nazwisko :
2. Adres zamieszkania :
3. Seria i nr dowodu osobistego :
4. Nr PESEL :
5. Nr telefonu :

W przypadku opiekuna/pełnomocnika*: postanowienie Sądu Rejonowego w
z dnia....., Sygn. Akt.....
/pełnomocnictwo z dnia.....

III. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:
.....

IV. Przedmiot dofinansowania (nazwa sprzętu rehabilitacyjnego):

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

V. Cel dofinansowania (proszę opisać przewidywany efekt realizacji zadania):

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

VI. Miejsce realizacji zadania:

.....

VII. Przewidywany koszt realizacji zadania:

Całkowity koszt sprzętu:zł

Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON (do 80% kosztów sprzętu, nie więcej jednak niż do wysokości piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia):

..... zł
(słownie złotych:)
.....)

VIII. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:

Niniejszym oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

		Przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (netto)
1.	Osoba niepełnosprawna:	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego – poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z osobą niepełnosprawną (np. mąż, żona, syn, córka itp.):		X
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
Razem miesięczny dochód rodziny wynosi:		
Liczba osób pozostająca we wspólnym gosp. domowym:		
Przeciętny miesięczny dochód na członka rodziny: (łącznie dochód rodziny podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym)		

IX. Informacja o dotychczasowym korzystaniu ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

L.p.	Cel dofinansowania	Nr umowy	Kwota i data przyznania dofinansowania	Stan rozliczenia	Umowa wygasła/ została rozwiązana * (wpisać właściwe)
1.					
2.					
3.					
4.					

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym oraz że jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych informacji. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się niezwłocznie poinformować PCPR w Olecku.

.....
(data i czytelny podpis osoby niepełnosprawnej/ przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego lub pełnomocnika)

X. Pozostałe oświadczenia osoby niepełnosprawnej:

- 1) oświadczam, że **posiadam / nie posiadam** środki własne na realizację wnioskowanego zadania w kwocie stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a kwotą dofinansowania przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (minimum 20% kosztu sprzętu);
- 2) oświadczam, że **posiadam / nie posiadam** wymagalne zobowiązania wobec Funduszu oraz że w ciągu 3 lat nie byłam/em stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie;
- 3) **wyrażam / nie wyrażam** zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego (jeśli dotyczy) przez PCPR w Olecku w związku z realizacją zadań wynikających z przepisów prawa, tj. ustawy z dn. 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, przepisów wykonawczych - zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych;
Jednocześnie oświadczam, że zostałem/- am poinformowany o:
 - a) adresie / siedzibie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Olecku jako administratora danych osobowych,
 - b) przysługujących mi na podstawie ustawy o ochronie danych osobowych uprawnieniach, a w szczególności o prawie wglądu do swoich danych i prawie ich poprawienia, tj. o uprawnieniach wynikających z art. 24 ust. 1 oraz art. 32 ww. ustawy;
- 4) **przyjmuję do wiadomości, że złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania oraz że przyznane dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.**

.....
(data i czytelny podpis osoby niepełnosprawnej/przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego lub pełnomocnika)

*Właściwe zaznaczyć

Załączniki do wniosku :

1. Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia (oryginał do wglądu).
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie (załącznik do wniosku).
3. Sytuacja społeczna i zawodowa osoby niepełnosprawnej (załącznik do wniosku).
4. Oferta cenowa / faktura proforma.

**SYTUACJA SPOŁECZNA I ZAWODOWA
OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ UBIEGAJACEJ SIĘ O DOFINANSOWANIE
ZE ŚRODKÓW PFRON**

Wypełnia Wnioskodawca (przedstawiciel ustawowy, opiekun prawny, pełnomocnik) *

1. Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej:
PESEL :
2. Opis sytuacji społecznej i zawodowej:
 - a) sytuacja zawodowa:
 - ☐ zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
 - ☐ bezrobotny zarejestrowany w urzędzie pracy
 - ☐ poszukujący pracy zarejestrowany w urzędzie pracy
 - ☐ nieaktywny zawodowo/nieposzukujący pracy
 - ☐ rencista/ emeryt
 - ☐ dzieci i młodzież do 16. roku życia
 - ☐ osoba w wieku 16 – 24 lat, ucząca się lub studiująca
 - ☐ uczestnik Warsztatu Terapii Zajęciowej/Środowiskowego Domu Samopomocy/Domu Dziennego Pobytu
 - ☐ inna:
 - b) poziom wykształcenia:
 - c) zaspokajanie codziennych potrzeb życiowych i społecznych:
 - ☐ samodzielnie ☐ z częściową pomocą osób drugih
 - ☐ wyłącznie przy pomocy osób drugihdodatkowe informacje:
.....
.....
 - d) osoba niepełnosprawna korzysta ze świadczeń pomocy społecznej:
 - ☐ tak: ☐ nie
 - ☐ świadczenia pieniężne
 - ☐ świadczenia niepieniężne
3. Oczekiwane efekty związane z przyznaniem dofinansowania:
 - ☐ większa samodzielność w wykonywaniu czynności życia codziennego
 - ☐ zwiększenie możliwości udziału w życiu społecznym
 - ☐ zwiększenie szans na aktywizację zawodową/utrzymanie aktywności zawodowej
 - ☐ większe bezpieczeństwo osoby niepełnosprawnej i jej otoczenia
 - ☐ inne, jakie:
.....

Data:

.....
podpis wnioskodawcy (przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego, pełnomocnika)

* właściwe zaznaczyć

.....
(stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej)

..... dn.

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL:

Adres:

Rodzaj schorzenia * :

☐ choroby neurologiczne

☐ narząd wzroku

☐ układ ruchu

☐ układ krążenia

☐ układ oddechowy

☐ inne (jakie?):

.....
.....

Nazwa sprzętu rehabilitacyjnego, o który ubiega się osoba niepełnosprawna:

.....
.....

Czy istnieje konieczność zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny oraz potrzeba rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu sprzętu, o który ubiega się osoba niepełnosprawna? Jakie są przewidywane efekty rehabilitacji?:

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

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza - specjalisty)

* właściwe zaznaczyć