**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Stargardzie**

**tel.** (091) 48 – 04 – 909, **fax.** (091) 48 – 04 – 901

**e – mail**: pcpr@pcprstargard.pl

**Data wpływu:**

**Nr sprawy:**

# 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** |  |

#### 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:** |  |
| **Poczta:** |  |

### 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:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |
| **Rodzaj miejscowości:** | miasto  wieś |

### STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **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). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:** | tak  nie |
| **Liczba przyczyn niepełnosprawności, (jeśli dotyczy):** | 2 przyczyny  3 przyczyny |

### KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

**Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON:**

nie

tak

### 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 |
| **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 Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

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

W kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)

Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

### 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 niezainteresowany podjęciem pracy

Dzieci i młodzież do lat 18

Inne / jakie?

## Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

### 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, 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 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* |
|  |  |  |

Do wniosku należy dołączyć:

1. Kopię aktualnego orzeczenia określającego niepełnosprawność wraz z jego oryginałem (do wglądu).
2. Kopię dokumentu potwierdzającego prawo występowania w imieniu osoby niepełnosprawnej   
   (np. opiekun prawny, pełnomocnik, przedstawiciel ustawowy) – oryginał do wglądu.
3. Fakturę Pro-forma lub ofertę cenową na dany sprzęt.
4. Klauzula RODO.
5. Klauzula RODO podopieczny.

*Załącznik do wniosku o dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny*

*……………………………………………*

*Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej*

***Zaświadczenie lekarskie***

***IMIĘ I NAZWISKO*** ............................................................................................................................

***DATA URODZENIA*** ............................................................................................................................

***ADRES ZAMIESZKANIA*** ...................................................................................................................

1. ***Rozpoznanie choroby zasadniczej oraz choroby współistniejące***

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

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

***2. Uszkodzenia narządu ruchu i układów (jakie?)***

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

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

***3. Rodzaj niepełnosprawności***

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

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

***4. Zalecany rodzaj i typ sprzętu rehabilitacyjnego***

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

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

***5. Jakie funkcje organizmu zostaną usprawnione po zastosowaniu sprzętu rehabilitacyjnego wyżej wymienionego***

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

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

***6. Uzasadnienie czy zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych   
przy użyciu w/w sprzętu rehabilitacyjnego. Wskazanie do codziennego stosowania sprzętu***

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

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

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

*………………………………………… ……………….………………………….*

*(miejscowość i data) (pieczątka i podpis lekarza wystawiającego)*