

Nr wniosku:

WNIOSEK
o dofinansowanie do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Część A: Dane o Wnioskodawcy

1. Imię i nazwisko
2. Adres zamieszkania
powiat telefonu
3. PESEL rodzaj niepełnosprawności
4. Nazwa banku
5. Nr rachunku bankowego

Część B: Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik

1. Imię i nazwisko
2. Adres zamieszkania
powiat nr telefonu
3. PESEL rodzaj niepełnosprawności
4. Nazwa banku
5. Nr rachunku bankowego

Informacja o korzystaniu ze środków PFRON.

Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON?				Tak: <input type="checkbox"/>	Nie: <input type="checkbox"/>
Nr i data zawarcia umowy	Kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	Źródło (PFRON, Samorząd Powiatowy)

Część C: Informacje o przedmiocie wniosku.

Rodzaj sprzętu rehabilitacyjnego (przedmiot dofinansowania) :
Miejsce realizacji zadania:
Cel dofinansowania:
Przewidywany koszt ogólny zakupu sprzętu:
1. Deklarowane środki własne:
2. Inne źródła finansowania ogółem (środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje) z tego:
a)
b)
3. Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków Funduszu: zł
kwota słownie:
.....

Uzasadnienie potrzeby rehabilitacji w warunkach domowych.

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

Czy występuje możliwość skorzystania z rehabilitacji prowadzonej na terenie miejsca zamieszkania wnioskodawcy? Jeśli TAK, proszę podać przyczynę niekorzystania obecnie z rehabilitacji.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Opinia Komisji rozpatrującej wnioski (wypełnia PCPR).

.....

.....

.....

.....

.....

Część D: Załączniki wymagane do wniosku.

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak/nie	Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		(wypełnia pracownik PCPR)	
Kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub grupie inwalidzkiej.			
Zaświadczenie lekarskie od lekarza specjalisty stwierdzające rodzaj schorzenia i zasadność zakupu wnioskowanego sprzętu oraz potrzebę rehabilitacji w warunkach domowych.			
Oferta cenowa wnioskowanego sprzętu.			
Udokumentowanie źródeł finansowania innych niż PFRON np. fundacje, stowarzyszenia.			

Oświadczenie

1. 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, wynosi **netto** **zł** słownie /...../.

Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

2. Nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.
3. wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie danych przez administratora danych tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Inowrocławiu, podaje dane dobrowolnie i oświadczam, że są one prawdziwe oraz że zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.
4. Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadom (a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

Wniosek kompletny w dniu przyjęcia

TAK

NIE

.....
(podpis Wnioskodawcy lub Przedstawiciela ustawowego)

.....
(podpis pracownika PCPR
przyjmującego wniosek)

Zaświadczenie lekarskie*

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Proszę wypełnić *czytelnie* w języku polskim.

Imię i Nazwisko

Data i miejsce urodzenia Nr PESEL

Adres zamieszkania

Rozpoznanie:

.....

.....

Niepełnosprawność dotyczy narządu /układu

SPRAWNOŚĆ KOŃCZYN

GÓRNYCH:

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowicie niesprawne

SPRAWNOŚĆ KOŃCZYN

DOLNYCH:

- pełna
- częściowo ograniczona z pomocą
- całkowicie niesprawne z pomocą

OSOBA PORUSZA SIĘ:

- samodzielnie
- z częściową pomocą
- wyłącznie z pomocą
- na wózku inwalidzkim
- jest osobą leżącą

ZALECANY SPRZĘT:

.....

PRZEWIDYWANE EFEKTY REHABILITACJI:

.....

.....

.....

.....

* dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Inowrocławiu

Uzasadnienie lekarza specjalisty wypełniającego zaświadczenie, potwierdzające potrzebę prowadzenia rehabilitacji przez osobę niepełnosprawną w warunkach domowych przy użyciu wnioskowanego sprzętu:.....

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

.....

(data)

.....

(pieczęć i podpis lekarza)