

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) .....
<b>3. Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków Funduszu: ..... zł</b>
<b>kwota słownie: .....</b>
.....

**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 <b>potrzebę rehabilitacji w warunkach domowych.</b>			
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 pracownika PCPR  
przyjmującego wniosek

.....  
Podpis Wnioskodawcy

# 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)*