

Nr wniosku.....

WNIOSEK
o udzielenie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepelnosprawnych do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

I. WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

I. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY (OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ)

1.....syn/córka.....
/imię i nazwisko/ /imię ojca/

seria i nr dowodu osobistego.....wydany w dniu.....przez.....

Nr PESEL.....

kod -miejsowość.....,ul./os.....

nr domu.....nr lokalu.....
/dokładny adres zamieszkania/

nr telefonu kontaktowego.....

2. Nazwa banku i nr rachunku bankowego Wnioskodawcy:.....

3. Przedmiot dofinansowania.....
/nazwa wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego/

4. Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania.....

5. Przewidywany koszt zakupu wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego.....

6. Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków **PFRON (max 80 %)** w zł.....
słownie:.....

7. Informacja czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON : **tak** **nie**

Lp.	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Cel dofinansowania	Kwota	Stan rozliczenia
1.					
2.					
3.					
4.					

II. DOCHÓD OSOBY LUB RODZINY WSPÓLNIE ZAMIESZKAŁEJ I GOSPODARUJĄCEJ:

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, wynosił.....zł.

2. Liczba członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.....

3. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy zawartej ze środków Funduszu i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

4. Oświadczam, że jestem świadomy/a/ odpowiedzialności karnej za podanie informacji niezgodnej z prawdą, wynikającej z art. 233 § 1, 2 i 3 Kodeksu karnego.

5. Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych, w bazie danych PCPR w Chełmnie dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji zadań ustawowych, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 z późn zm.).

6. Prawdziwość podanych we wniosku o dofinansowanie danych oraz złożonych oświadczeń stwierdzam własnoręcznym podpisem.

7. Posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego sprzętu w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej (**minimum 20%**).

.....f.
/data/

.....
/czytelny podpis Wnioskodawcy, Opiekuna prawnego,
Pełnomocnika lub przedstawiciela ustawowego/

W przypadku, gdy w imieniu wnioskodawcy występuje opiekun prawny, pełnomocnik lub przedstawiciel ustawy należy wpisać następujące dane:.

.....syn /córka.....
(imię i nazwisko) (imię ojca)
seria..... nr DO.....wydany w dniu.....przez.....
nr PESEL.....
miejscowość.....ulica.....nr domu.....nr lokalu.....
nr kodu.....-.....poczta.....gmina.....powiat.....
nr telefonu.....
ustanowiony opiekunem*/pełnomocnikiem*.....

*właściwe zaznaczyć

Wymagane załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności; o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy; o niepełnosprawności przed ukończeniem 16 roku życia; kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed 1 stycznia 1998 r. - oryginał do wglądu.

2. Oryginał aktualnego zaświadczenia lekarskiego, wystawionego przez lekarza specjalistę czytelnie i w języku polskim, zawierającego informację o rodzaju posiadanych schorzeń oraz wyraźne wskazanie, iż zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu sprzętu rehabilitacyjnego (nazwa sprzętu) na ustalonym druku.

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

Proszę wypełnić czytelnie w języku polskim
Zaświadczenie lekarskie do wniosku na sprzęt rehabilitacyjny

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

Rozpoznanie (w języku polskim).....

.....

Nieppełnosprawność dotyczy narządu/układu.....

Sprawność danego narządu/układu sprawia trudności w stopniu:

- znacznym
- umiarkowanym
- lekkim

Sprawność

kończyn górnych:

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowicie niesprawne

kończyn dolnych:

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowicie niesprawne

Osoba porusza się:

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

Nazwa sprzętu rehabilitacyjnego:

.....

.....

Informacje uzupełniające (rokowania):.....

.....

.....

Osoba wymaga prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych:

- tak
- nie

.....

data

.....
pieczęć i podpis lekarza specjalisty