

Data wpływu:

WNIOSEK

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

Część A: DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY:

I. Dane personalne osoby niepełnosprawnej:

Imię i nazwisko:	
Adres stały:	
Adres tymczasowy:	
PESEL:	
Seria i numer dowodu osobistego:	Nr telefonu:
Nazwa banku i nr rachunku:.....	

II. Stopień niepełnosprawności:

1. Znaczny	
inwalidzi I grupy	
osoby całkowicie niezdolne do pracy i do samodzielnej egzystencji	
osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym (z zasiłkiem pielęgnacyjnym)	
osoby w wieku do lat 16 (z orzeczeniem o niepełnosprawności)	
2. Umiarkowany	
inwalidzi II grupy	
osoby całkowicie niezdolne do pracy	
3. Lekki	
pozostali inwalidzi III grupy	
osoby częściowo niezdolne do pracy	
osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

Rodzaj niepełnosprawności:

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządu słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

III. Oświadczenie Wnioskodawcy o dochodach:

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

IV. Korzystanie ze środków finansowych PFRON:

a) nie korzystałem	
b) korzystałem	
1. cel dofinansowania:	
nr umowy i data zawarcia:	
kwota dofinansowania:	
stan rozliczenia:	
2. cel dofinansowania:	
nr umowy i data zawarcia:	
kwota dofinansowania:	
stan rozliczenia:	

Część B: INFORMACJE O PRZEDMIOCIE WNIOSKU:

I. Przedmiot dofinansowania:

.....
Przewidywany koszt : zł
Inne źródła finansowania:
.....
Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:zł
słownie:

Dane przedstawiciela ustawowego/ opiekuna prawnego/ pełnomocnika:

Imię i nazwisko:	
Ulica:	Nr domu
Miejscowość :	Kod pocztowy
Powiat:	Województwo
PESEL:	
Seria i numer dowodu osobistego:	
Nr telefonu:	

Oświadczam, że:

- 1. posiadam środki własne na pokrycie kosztów nieobjętych dofinansowaniem;**
2. dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne z prawdą oraz że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować niezwłocznie;
3. nie mam zaległości wobec Funduszu, oraz nie byłem w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie;
4. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci numeru telefonu wpisanego we wniosku w celu przekazania informacji dotyczącej postępowania – zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych);
5. zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej zamieszczonej na tablicy ogłoszeń w siedzibie PCPR oraz na stronie internetowej PCPR w Kraśniku:
(http://pcpr-krasnik.powiatkrasnicki.pl/cms/25965/klauzula_informacyjna).

.....
**Podpis Wnioskodawcy*/przedstawiciela ustawowego*/
opiekuna prawnego*/ pełnomocnika***

Załączniki do wniosku:

1. kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
2. aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności i potwierdzające konieczność zakupu sprzętu rehabilitacyjnego
3. pełnomocnictwo lub postanowienie sądu (pełnomocnik lub opiekun prawny)
4. udokumentowana informacja o innych źródłach dofinansowania zadania
5. aktualna oferta cenowa

Adnotacje PCPR:

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

Informacje o przyznaniu dofinansowania:

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kraśniku informuje, że przyznaje/nie przyznaje środki Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

w kwocie
słownie

na dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego typu:

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

.....
data

.....
pieczęć i podpis Dyrektora PCPR

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
(prosimy wypełniać czytelnie w języku polskim)

UWAGA: ZAŚWIADCZENIE DLA CELÓW POMOCY SPOŁECZNEJ

Imię i nazwisko:
PESEL:
Adres:

Rozpoznanie i opis choroby zasadniczej:

.....
.....

Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

.....
.....

Aktualnie używane przez osobę przedmioty ortopedyczne / środki pomocnicze:

- oprotezowanie / zaaparatowanie kończyn górnych / dolnych (jednostronne, obustronne)
- wózek inwalidzki
- kule łokciowe
- inne

Zalecany sprzęt rehabilitacyjny stosowny do potrzeb wynikających z niepełnosprawności oraz uzasadnienie jak on wpłynie na poprawę funkcjonowania osoby niepełnosprawnej:

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

Czy zachodzi potrzeba rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu?

- NIE
- TAK – uzasadnienie.....

.....
.....

.....
Data

.....
pieczętka i podpis lekarza