

## WNIOSEK

### o przyznanie dofinansowania ze środków PFRON do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

1. Dane wnioskodawcy

Imię i nazwisko.....  
PESEL.....  
Adres zamieszkania.....  
Telefon.....

2. Przedmiot dofinansowania.....

3. Przewidywany całkowity koszt zakupu sprzętu rehabilitacyjnego  
.....

4. Kwota wnioskowanego dofinansowania (do 80% całkowitego kosztu tego sprzętu, nie więcej jednak niż do wysokości pięciokrotnego przeciętnego wynagrodzenia)  
.....

5. Uzasadnienie składanego wniosku  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

6. Sytuacja zawodowa wnioskodawcy  
.....

7. Informacja na temat przyznanych wcześniej środków PFRON (zawarte umowy w ciągu ostatnich 3 lat)

- a) kwota przyznanego dofinansowania .....
- b) numer zawartej umowy .....
- c) cel przyznanego dofinansowania .....
- d) data przyznanego dofinansowania .....
- e) stan rozliczenia (rozliczono, nie rozliczono, w trakcie rozliczenia) .....

8. Przewidywane efekty realizacji zadania dla osoby niepełnosprawnej

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

9. Oświadczenie

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego<sup>1)</sup> oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód<sup>2)</sup> rodziny<sup>3)</sup>**, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym<sup>4)</sup>, **obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku** wyniósł ..... zł.

10. Oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym zamieszkują:

L.p.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia

Ja niżej podpisany/a pouczone/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 kodeksu karnego za składanie fałszywych zeznań, składam stosowne do art. 75 § 2 kpa oświadczenie, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

Oświadczam, że o dofinansowanie ze środków PFRON sprzętu rehabilitacyjnego, ubiegam się wyłącznie w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Chrzanowie.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych niezbędnych podczas dofinansowania, zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016).

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy/opiekuna prawnego)

### Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik,
2. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą (jeśli dotyczy),
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności,
4. Zaświadczenie lekarskie uzyskane od lekarza specjalisty wskazujące na **konieczność korzystania w warunkach domowych ze sprzętu rehabilitacyjnego** przez wnioskodawcę, o dofinansowanie którego się ubiega,
5. Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy,
6. Zaświadczenie o kontynuacji nauki w przypadku osób niepełnosprawnych w wieku 18 – 24 lat (uczących się),
7. Oferta cenowa sprzętu wystawiona przez sprzedawcę na nazwisko ubiegającego się o dofinansowanie, określającą nazwę i typ sprzętu oraz jego cenę,
8. Dokumenty potwierdzające dochód osiągnięty za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku,
9. Wnioskodawca, który ubiega się ponownie o dofinansowanie ze środków PFRON na ten sam cel, zobowiązany jest wykazać przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania.

### *Pouczenie*

1)

Art. 233 § 1 kk – kto, składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

2)

**Dochód** w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych oznacza to, po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób:

- a) **przychody podlegające opodatkowaniu** na zasadach ogólnych na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych, pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne,
- b) **deklarowany w oświadczeniu dochód z działalności** podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, pomniejszony o należny zryczałtowany podatek dochodowy i składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne,
- c) **inne dochody niepodlegające opodatkowaniu** na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych, m.in.:
  - renty inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin
  - renty wypłacone osobom represjonowanym i członkom ich rodzin
  - świadczenia pieniężne, dodatek kombatancki, ryczałt energetyczny i dodatek kompensacyjny
  - emerytury i renty z tytułu inwalidztwa wojennego
  - zasiłki chorobowe rolników
  - środki bezzwrotnej pomocy zagranicznej
  - należności ze stosunku pracy lub z tytułu stypendium osób przebywających czasowo za granicą
  - dochody członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych z tytułu członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej, pomniejszone o składki na ubezpieczenie społeczne
  - alimenty na rzecz dzieci
  - stypendia przyznawane uczniom lub studentom
  - kwoty diet nieopodatkowane podatkiem dochodowym od osób fizycznych, otrzymywane przez osoby wykonujące czynności związane z pełnieniem obowiązków społecznych i obywatelskich

- należności otrzymywane z tytułu wynajmu pokoi gościnnych
- dodatki za tajne nauczanie
- ekwiwalenty pieniężne za deputaty węglowe
- ekwiwalenty z tytułu prawa do bezpłatnego węgla
- dochody uzyskane z gospodarstwa rolnego
- świadczenia otrzymywane przez posła i senatora
- dochody uzyskiwane za granicą pomniejszone o zapłacony podatek dochodowy oraz składki na obowiązkowe ubezpieczenie społeczne i zdrowotne
- zaliczka alimentacyjna

3)

**Przez rodzinę** należy rozumieć odpowiednio następujących członków rodziny:

- małżonków
- rodziców dzieci
- opiekuna faktycznego dziecka (osobę faktycznie opiekującą się dzieckiem, jeżeli wystąpiła z wnioskiem do sądu rodzinnego o przysposobienie dziecka)
- pozostające na utrzymaniu dzieci w wieku do ukończenia 25 roku życia
- dziecko, które ukończyło 25 rok życia, legitymujące się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, jeżeli z tą niepełnosprawnością przysługuje świadczenie pielęgnacyjne lub specjalny zasiłek opiekuńczy albo zasiłek dla opiekuna, o którym mowa w ustawie z dnia 4 kwietnia 2014 r. o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów (Dz. U. poz. 567)

**Do członków rodziny nie zalicza się:**

- dziecka pozostającego pod opieką opiekuna prawnego
- dziecka pozostającego w związku małżeńskim
- pełnoletniego dziecka posiadającego własne dziecko

**Do opieki nad osobą ubezwłasnowolnioną całkowicie** stosuje się odpowiednio przepisy o opiece nad małoletnim (zgodnie z treścią art. 175 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego)

4)

**Przez gospodarstwo domowe** wnioskodawcy należy rozumieć, w zależności od stanu faktycznego:

- wspólne gospodarstwo – gdy wnioskodawca ma wspólny budżet domowy z innymi osobami, wchodzącymi w skład jego rodziny lub
- samodzielne gospodarstwo domowe – gdy wnioskodawca mieszka i utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu

Wykaz dokumentów potwierdzających dochód członków rodziny, którzy:

- 1) podlegają zatrudnieniu lub wykonują inną pracę zarobkową** (na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego, umowy o pracę nakładczą, wykonywanie pracy lub świadczenie usług na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia, umowy o dzieło albo w okresie członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej, spółdzielni kółek rolniczych lub spółdzielni usług rolniczych, a także prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej)
  - a) zaświadczenie wystawione przez płatnika dochodu, jeżeli jest to dochód opodatkowany podatkiem dochodowym od osób fizycznych na zasadach ogólnych, z wyjątkiem działalności pozarolniczej
  - b) zaświadczenie wystawione przez płatnika dochodu lub inny dokument, jeżeli jest to dochód niepodlegający opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych
  - c) oświadczenie, w przypadku osiągnięcia dochodu z działalności pozarolniczej opodatkowanej na zasadach określonych w przepisach o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne lub w formie karty podatkowej wraz ze stosownym miesięcznym rozliczeniem z urzędu skarbowego
- 2) pobierają świadczenia emerytalno – rentowe:**
  - a) zaświadczenie z ZUS
  - b) przekazy lub przelewy pieniężne (wydruk z konta) dokumentujące wysokość otrzymanego świadczenia
  - c) decyzja potwierdzająca prawo do dodatku pielęgnacyjnego dla osób do 75 roku życia
- 3) są bezrobotni** – zaświadczenie z urzędu pracy potwierdzające fakt pozostawania bez pracy z prawem lub bez prawa do zasiłku

**4) otrzymują lub płacą alimenty:**

- a) kopia odpisu wyroku sądu zasądającego alimenty na rzecz osób w rodzinie lub kopia ugody (sądowej lub przed mediatorem)
- b) w przypadku uzyskania alimentów niższych niż zasądzone w wyroku lub ugodzie – przekazy lub przelewy pieniężne dokumentujące faktyczną wysokość otrzymanych alimentów oraz zaświadczenie komornika o całkowitej lub częściowej bezskuteczności egzekucji alimentów, a także o wysokości wyegzekwowanych alimentów
- c) w przypadku uzyskania wyższych alimentów niż zasądzone w wyroku lub ugodzie – oświadczenie o wysokości otrzymanych alimentów oraz zaświadczenie komornika o wysokości wyegzekwowanych alimentów, gdy jest prowadzona egzekucja komornicza
- d) kopia decyzji właściwego organu przyznającego zaliczkę alimentacyjną wraz z określeniem jej wysokości
- e) przekazy lub przelewy pieniężne dokumentujące wysokość płaconych alimentów, jeżeli członkowie rodziny są zobowiązani wyrokiem sądu lub ugodą (sądową lub przed mediatorem) do ich płacenia na rzecz osoby spoza rodziny

**5) prowadzą gospodarstwo rolne:**

- a) zaświadczenie właściwego organu gminy o wielkości gospodarstwa rolnego wyrażonej w hektarach przeliczeniowych ogólnej powierzchni
- b) umowa dzierżawy, w przypadku oddania części lub całości znajdującego się w posiadaniu rodziny gospodarstwa rolnego w dzierżawę
- c) umowa zawarta w formie aktu notarialnego, w przypadku wniesienia gospodarstwa rolnego do użytkowania przez rolniczą spółdzielnię produkcyjną

**6) otrzymują należności pieniężne z tytułu wynajmu pokoi gościnnych – oświadczenie**

**7) otrzymują stypendia doktoranckie i habilitacyjne oraz inne stypendia o charakterze socjalnym przyznane uczniom lub studentom:**

- a) decyzja właściwego organu przyznającego stypendium z określeniem jego wysokości
  - b) przekazy lub przelewy pieniężne dokumentujące wysokość otrzymanego stypendium
- 8) pozostałe dochody niepodlegające opodatkowaniu – do indywidualnego ustalenia (uzgodnienia).**

**Adnotacje przyjmującego wniosek**

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

**Opinia Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie**

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

.....  
(data i podpis pracownika)

**Decyzja Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie o przyznaniu dofinansowania**

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

.....  
(data i podpis Dyrektora)

.....  
(miejscowość i data)

### Oświadczenie

Ja.....c/s.....  
/imię i nazwisko/ /imię ojca/

ur. .... legitymujący/a/ się dowodem osobistym.....

zamieszkały/a/.....

uprzedzony/a/ o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego, oświadczam co następuje:

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

Dane powyższe podałem/am/ zgodnie z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym

podpisem. Stwierdzam własnoręczność podpisu:

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy /opiekuna prawnego)

.....  
(stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej)

załącznik nr 1 do wniosku

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA wydane  
dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Chrzanowie**

*(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)*

Imię i nazwisko pacjenta .....

Data urodzenia.....PESEL.....

Adres zamieszkania .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej .....

2. Opis rodzaju schorzenia .....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:  
.....

4. Niepełnosprawność pacjenta dotyczy (zakreślić właściwe):

- brak jednej/obu kończyn górnych
- brak jednej /obu kończyn dolnych
- znaczny niedowład obu kończyn górnych
- znaczny niedowład obu kończyn dolnych
- dysfunkcja narządu słuch     dysfunkcja narządu mowy
- dysfunkcja narządu wzroku
- inne schorzenia : .....

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne:

- wózek inwalidzki                                     balkonik
- protezy kończyn                                         kule
- orteza     gorset
- aparat słuchowy                                         okulary
- inne .....

.....  
(data)

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)



