

Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

## WNIOSEK

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

#### Część A – DANE WNIOSKODAWCY

##### ROLA WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Wnioskodawca składa wniosek:</b>	
<b>Postanowieniem Sądu:</b>	
<b>Z dnia:</b>	
<b>Sygnatura akt:</b>	
<b>Imię i nazwisko notariusza:</b>	
<b>Repertorium nr:</b>	
<b>Zakres pełnomocnictwa:</b>	<input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie <input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania <input type="checkbox"/> do zawarcia umowy <input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku <input type="checkbox"/> do złożenia wniosku <input type="checkbox"/> inne

##### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Imię:</b>	
<b>Drugie imię:</b>	
<b>Nazwisko:</b>	
<b>PESEL:</b>	
<b>Data urodzenia:</b>	
<b>Płeć</b>	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

**ADRES ZAMIESZKANIA**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

**ADRES KORESPONDENCYJNY** Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

**DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
------------	-----------------

<b>Imię:</b>	
<b>Drugie imię:</b>	
<b>Nazwisko:</b>	
<b>PESEL:</b>	
<b>Data urodzenia:</b>	
<b>Płeć:</b>	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

### ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Gmina:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	
<b>Nr telefonu:</b>	
<b>Adres e-mail:</b>	
<b>Rodzaj miejscowości:</b>	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś

### STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Stopień niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:

<b>Grupa inwalidzka:</b>	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<b>Niezdolność:</b>	<input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<b>Rodzaj niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osoba głucha</li> <li><input type="checkbox"/> osoba głuchoniema</li> </ul> <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osoba niewidoma</li> <li><input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma</li> </ul> <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego</li> <li><input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych</li> </ul> <input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne <input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe
<b>Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

## ŚREDNI DOCHÓD

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

indywidualne  wspólne

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:**

**Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:**

## KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Informacja o korzystaniu ze środków PFRON obejmuje dofinansowanie otrzymane na podstawie zawartych umów. Nie należy więc wykazywać pomocy uzyskanej w ramach zadania: przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

**Ze środków finansowych PFRON:**

nie korzystałem

korzystałem

## CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

## Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

### I. PRZEDMIOT WNIOSKU

#### Przedmiot

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:</b>	
<b>Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):</b>	
<b>Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON – maksymalnie 80%:</b>	
<b>co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:</b>	

<b>Miejsce realizacji:</b>	
<b>Cel dofinansowania:</b>	

Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON powinna wynosić do 80% kosztów realizacji zadania.

### PODSUMOWANIE (WSZYSTKIE PRZEDMIOTY)

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przewidywany koszt:	
<b>Kwota wnioskowana:</b>	
<b>Uzasadnienie:</b>	

### FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Właściciel konta (imię i nazwisko):</b>	
<b>Nazwa banku:</b>	
<b>Nr rachunku bankowego:</b>	

W kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)

Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

### SYTUACJA ZAWODOWA

- Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
- Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
- Bezrobotny poszukujący pracy
- Rencista poszukujący pracy
- Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
- Dzieci i młodzież do lat 18
- Inne / jakie?

## Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

### OŚWIADCZENIE

Upierzony/upierzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Przepisy wprowadzające Kodeks karny - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

<i>Miejscowość</i>	<i>Data</i>	<i>Podpis Wnioskodawcy</i>

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

<b>Lp.</b>	<b>Plik</b>

**UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

<b>Lp.</b>	<b>Plik</b>

**LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE**

<b>Lista</b>

**Załącznik nr 2 do wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny (wypełnia Wnioskodawca)**

**I. Uzasadnienie składanego wniosku**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**II. Sytuacja zawodowa Wnioskodawcy** (właściwie zaznaczyć)

- a) pracuję (nazwa miejsca pracy) ..... b) prowadzący działalność gospodarczą
- c) bezrobotna(y)/ poszukująca pracy
- d) otrzymuję zasiłek/ nie otrzymuję zasiłku
- e) rencista/ emeryt
- g) dzieci, młodzież do lat 18/ osoba w wieku od lat 18 do lat 24 ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca)

**III. Przewidywane efekty realizacji zadania dla osoby niepełnosprawnej**

(wyjaśnić w jaki sposób przedmiot dofinansowania przyczyni się do poprawy funkcjonowania)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Data i podpis Wnioskodawcy**



**Załącznik nr 3 do wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny (wypełnia PCRP)  
Adnotacja oraz opinia PCRP**

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

.....

*data*

.....

*podpis*

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

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

.....

*data i podpis Dyrektora*

.....  
1 do wniosku  
(stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej)

**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)

**Lista załączników:**

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik.
2. Zaświadczenie lekarskie zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności, uzyskane od lekarza specjalisty, wskazujące na konieczność korzystania w warunkach domowych ze sprzętu rehabilitacyjnego przez Wnioskodawcę, o dofinansowanie którego się ubiega (zał. nr 1).
3. Oferta cenowa sprzętu wystawiona przez sprzedawcę na nazwisko ubiegającego się o dofinansowanie, określającą nazwę i typ sprzętu oraz jego cenę.
4. Wnioskodawca, który ubiega się ponownie o dofinansowanie ze środków PFRON na ten sam cel, zobowiązany jest wykazać przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania.
5. W przypadku, gdy Wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego do wniosku należy załączyć odpowiednio kopię pełnomocnictwa lub postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego.
6. Uzasadnienie wniosku (zał. nr 2).
7. Opinia PCPR (zał. nr 3).