**Data wpływu:**

**Nr sprawy:**

**WNIOSEK**

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji**

**Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny**

**Część A – DANE WNIOSKODAWCY**

|  |  |
| --- | --- |
| **I. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY** | |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Imię:** |  |
| **Drugie imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **Imię ojca:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Płeć:** |  mężczyzna  kobieta |
| **Dowód osobisty – Seria (o ile dotyczy):** |  |
| **Dowód osobisty – Numer (o ile dotyczy):** |  |
| **Dowód osobisty – Wydany przez (o ile dotyczy):** |  |
| **Dowód osobisty – Data wydania (o ile dotyczy):** |  |
|  | **ADRES ZAMIESZKANIA** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Rodzaj miejscowości:** | * miasto * wieś |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |

**II. DANE PODOPIECZNEGO**

* Nie dotyczy

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa pola** |  | **Wartość** |
| **Imię:** |  |  |
| **Drugie imię:** |  |  |
| **Nazwisko:** |  |  |
| **Imię ojca:** |  |  |
| **PESEL:** |  |  |
| **Data urodzenia:** |  |  |
| **Płeć:** |  mężczyzna  kobieta |  |
| **Dowód osobisty – Seria dowodu:** |  |  |
| **Dowód osobisty – Numer dowodu:** |  |  |
| **Dowód osobisty – Wydany przez:** |  |  |
| **Dowód osobisty – Data wydania:** |  |  |
|  | **ADRES ZAMIESZKANIA** | |
| **Nazwa pola** | **Wartość** | |
| **Miejscowość:** |  | |
| **Ulica:** |  | |
| **Nr domu:** |  | |
| **Nr lokalu:** |  | |
| **Kod pocztowy:** |  | |
| **Poczta:** |  | |
| **Nr telefonu:** |  | |
| **Adres e-mail:** |  | |

**OPIEKUN USTANOWIONY/USTANOWIONA**

* Przedstawicielem ustawowym Opiekunem prawnym:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Postanowieniem Sądu Rejonowego:** |  |
| **Z dnia:** |  |
| **Sygnatura akt:** |  |

* Pełnomocnikiem, na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Imię i nazwisko:** |  |
| **Z dnia:** |  |
| **Repetytorium nr:** |  |
| **III. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** | |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Stopień niepełnosprawności:** | * Znaczny * Umiarkowany * Lekki * Nie dotyczy |
| **Grupa inwalidzka:** | * I grupa * II grupa * III grupa * nie dotyczy |
| **Niezdolność:** | * Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji * Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny * Osoby całkowicie niezdolne do pracy * Osoby częściowo niezdolne do pracy * Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym * Nie dotyczy |
| **Osoby w wieku do 16 lat posiadające orzeczenie o niepełnosprawności:** | * Tak * Nie dotyczy |

# RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

* Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
* Inna dysfunkcja narządu ruchu
* Dysfunkcja narządu wzroku
* Dysfunkcja narządu słuchu i mowy
* Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)  Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia  Inny / jaki?

# IV. 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?

# V. SYTUACJA MIESZKANIOWA – ZAMIESZKUJE

* Samotnie
* z rodziną
* z osobami niespokrewnionymi

**VI. OSOBY POZOSTAJĄCE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM**

**Z WNIOSKODAWCĄ ORAZ OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI ICH DOCHODÓW NETTO**

Przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych, pomniejszony o obciążenie podatkiem dochodowym osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał (trzy miesiące) poprzedzające miesiąc, w którym składany jest wniosek (netto).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Stopień pokrewieństwa | Stopień niepełnosprawności | Dochód miesięczny netto |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

# VII. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

**Na dofinansowanie do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny ze środków finansowych PFRON:**

* nie korzystałem
* korzystałem

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **VIII. CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON** | | | | |
| **Cel dofinansowania** | **Nr umowy** | **Data zawarcia umowy** | **Kwota dofinansowania** | **Stan rozliczenia** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU**

|  |  |
| --- | --- |
| **I. PRZEDMIOT WNIOSKU** | |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:** |  |
| **Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):** |  |
| Słownie: |  |
| **Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:** |  |
| Słownie: |  |
| **co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:** |  |
| **Deklarowane środki własne:** |  |
| **Miejsce realizacji:** |  |

# II. UZASADNIENIE

**Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE RACHUNKU BANKOWEGO** | |
| na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku | |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Właściciel konta ( imię, nazwisko i adres zamieszkania )** |  |
| **Numer rachunku bankowego:** |  |
| **Nazwa banku:** |  |

# OŚWIADCZENIE

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: **……....**

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

**Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) - 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 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Miejscowość* | *Data* | *Podpis Wnioskodawcy* |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU** |
| **Lp.** | **Plik** |
| **1.** | **Kopia aktualnego dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność wnioskodawcy oraz osób prowadzących wspólne z nim gospodarstwo domowe** |
| **2.** | **Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy** |
| **3.** | **Zaświadczenie lekarza specjalisty potwierdzające konieczność nabycia sprzętu rehabilitacyjnego, o którym mowa we wniosku – załącznik nr 1** |
| **4.** | **Oferta cenowa / faktura pro forma wystawiona przez sprzedawcę na wnioskowany sprzęt rehabilitacyjny** |