DATA WPŁYWU..... NR SPRAWY.....

Wniosek

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osób niepełnosprawnych

DANE OSOBOWE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Nazwisko i imię .....

Data urodzenia ____-_____-_____ **PESEL** .....

NIP _____-_____-_____-_____ Telefon.....

Dowód osobisty: seria …….. numer ……..

Adres zamieszkania:

Ulica/nr domu.....

Kod .....-..... Miejscowość.....

Adres do korespondencji:

Ulica/nr domu.....

Kod .....-..... Miejscowość.....

Nazwa banku..... oddział .....

Numer rachunku bankowego.....

.....

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (wypełnić, jeżeli wniosek dot. osoby niepełnoletniej lub ubezwłasnowolnionej)

Imię i nazwisko.....

Dowód osobisty: seria ……. numer …….

PESEL .....

Adres zamieszkania:

Ulica/nr domu.....

Kod .....-..... Miejscowość.....

Adres do korespondencji:

Ulica/nr domu.....

Kod .....-..... Miejscowość.....

Telefon.....

I OKREŚLENIE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (zaznacz właściwy kwadrat)

☐ stopień znaczny (I GR), osoba całkowicie niezdolna do pracy i samodzielnej egzystencji

☐ stopień umiarkowany (II GR), osoba całkowicie niezdolna do pracy

☐ stopień lekki (III GR), osoba częściowo niezdolna do pracy

☐ dziecko niepełnosprawne (do 16 roku życia)

II. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (wymienić schorzenie)

.....

.....

III. PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA

.....

.....

IV. MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA I CEL DOFINANSOWANIA

.....

.....

.....

V. UZASADNIENIE ZAKUPU WYMIENIONEGO SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO

.....

.....

.....

.....

.....

VI. PRZEWIDYWANY KOSZT

……

.....

VII. WYSOKOŚĆ KWOTY WNIOSKOWANEGO DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON (do 80% kosztów tego sprzętu, nie więcej jednak niż do wysokości pięciokrotnego przeciętnego wynagrodzenia).

..... słownie.....zł)

VIII. INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

Nr i data umowy	Podmiot przyznający dofinansowanie	Kwota	Cel	Stan rozliczenia

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Oświadczam, że:

☐ prowadzę jednoosobowe gospodarstwo domowe,

☐ prowadzę wspólne gospodarstwo domowe z innymi osobami. Łącznie ze mną liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi ……..

wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, pomniejszony o należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowych i chorobowego, składki na ubezpieczenie zdrowotne, 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 poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił ..... zł……gr. (netto)*.

POUCZENIE

*Wysokość dochodu należy obliczyć w następujący sposób: dodać do siebie dochód netto za kwartał (kalendarzowy) poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, następnie podzielić go przez 3, a następnie przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie.

Dochód należy wyliczyć w oparciu art. 3 pkt 1 o ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1952, ze zm.).

Nie wliczamy do dochodu: świadczeń rodzinnych wypłaconych na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, zasiłków i dodatków rodzinnych oraz zasiłków i dodatków pielęgnacyjnych, zasiłków porodowych oraz świadczeń lub dodatków wychowawczych („500 plus") wypłacanych na podst. odrębnych przepisów, dodatków mieszkaniowych i ryczałtów na zakup opału, przyznanych na podst. odrębnych przepisów o dodatkach mieszkaniowych.

Do wniosku należy dołączyć:

1. Kopia (oryginał do wglądu) aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, wypisu z treści orzeczenia, a w przypadku osób do 16 roku życia - kopia orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu).

2. Zaświadczenie lekarskie z rozpoznaniem chorobowym wnioskodawcy i wyraźnym zapisem, że zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu – załącznik nr 1.
3. Oferta sprzedawcy sprzętu rehabilitacyjnego.
4. Kopię **pełnomocnictwa lub postanowienia o ustaleniu opiekuna prawnego**, jeśli taki został ustanowiony – oryginał do wglądu.

OŚWIADCZENIA:

- Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, nie byłam(em) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
- Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie moich danych osobowych /mojego dziecka/podopiecznego w bazie danych PCPR dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji dofinansowania, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922)
- Oświadczam, że posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach zadania.

Data i podpis wnioskodawcy

…….

Uwaga: W przypadku wątpliwości odnośnie do podanych we wniosku o dofinansowanie danych, w szczególności co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, mających wpływ na przyznanie dofinansowania, PCPR wzywa wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie, nie dłuższym niż 14 dni, licząc od dnia otrzymania wezwania, wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.

Załącznik nr 1

....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej miejscowość i data

ZAŚWIADCZENIE lekarza rodzinnego lub specjalisty
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta .....……...….....

Data urodzenia .....……PESEL …….....

Adres zamieszkania …….....

<u>Informacja o stanie zdrowia</u>

Schorzenie podstawowe/ rozpoznanie chorobowe:

……...……

…….....

…….....

1. Rodzaj niepełnosprawności

Właściwe zaznaczyć	Niepełnosprawność pacjenta dotyczy	Podpis lekarza
☐	Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku	
☐	Dysfunkcja narządu ruchu bez konieczności poruszania się na wózku	
☐	Wrodzony brak lub amputacja kończyn ☐ dolnych ☐ górnych	
☐	inna dysfunkcja narządu ruchu, jaka? …….	
☐	Dysfunkcja narządu wzroku	

☐	Dysfunkcja narządu słuchu i mowy	
☐	Choroba neurologiczna	
☐	Choroba nowotworowa	
☐	Inna ……. ……..	

2. Używane przedmioty ortopedyczne

☐ wózek inwalidzki ☐ kule ☐ balkonik ☐ proteza ☐ orteza ☐ inne ……..……

3. Rodzaj sprzętu rehabilitacyjnego (nazwa):

……

……

4. Zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu w/w sprzętu, stosowania do potrzeb wynikających z niepełnosprawności. Przewidywane efekty rehabilitacji w warunkach domowych na wnioskowanym sprzęcie (częstotliwość ćwiczeń/zabiegów) :

……

……

……

……

.....

pieczątka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

Decyzja PCPR

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Tczewie **przyznaje** / **nie przyznaje** dofinansowanie do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.

Wymienić:.....

.....

w wysokości.....słownie złotych.....

....

Data (pieczątka i podpis dyrektora PCPR)