

.....
data wpływu kompletnego wniosku (dzień, miesiąc, rok)

.....
pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do
zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

Dane dotyczące Wnioskodawcy (*proszę wypełnić drukowanymi literami*)

.....syn/córka*.....
imię (imiona) i nazwisko *imię ojca*

seria nr wydany w dniu przez

.....
dowód osobisty
nr PESEL nr NIP

miejsowość ulica....., nr domu..... nr lokalu.....
adres stałego zameldowania

nr kodu - poczta powiat

województwo nr tel. /fax (z nr kier.)

Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik

1. znaczny	
- inwalidzki I grupy	
- osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
•- osoby całkowicie niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek	
• pielęgnacyjny	
- osoby w wieku do lat 16	
2. Umiarkowany	
- inwalidzki 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: wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządu słuchu	
5. dysfunkcja narządu mowy	
6. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
7. Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Korzystałem(am) z dofinansowania:

- | | | |
|---|------------|------------|
| 1. do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON | tak | nie |
| 2. do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego | tak | nie |
| 3. do likwidacji barier w komunikowaniu się | tak | nie |
| 4. do likwidacji barier technicznych | tak | nie |
| 5. do likwidacji barier architektonicznych | tak | nie |
| 6. do przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych | tak | nie |

Jestem zatrudniony/a w zakładzie pracy chronionej **tak** **nie**

Proszę o dofinansowanie

.....

należy podać rodzaj sprzętu rehabilitacyjnego

.....

.....

.....

pełny koszt zadania.....**zł**

słownie:**zł**

Krótkie uzasadnienie składanego wniosku:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
.....
Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym

	Nazwisko i Imię	Stopień pokrewieństwa	Dochód (netto)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Oświadczam, że dochód/ obliczony zgodnie z wyjaśnieniem/, przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wyniósł.....

Powyższy dochód nie jest obciążony z tytułu wyroków sądowych lub innych tytułów.

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam pod odpowiedzialnością karną własnoręcznym podpisem.

.....
miejsowość i data

.....
**podpis wnioskodawcy
lub przedstawiciela ustawowego**

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), Rodzic, Opiekun prawny lub Pełnomocnika

..... syn/córka*
imię (imiona) i nazwisko *imię ojca*

seria nr wydany w dniu przez
dowód osobisty

..... nr PESEL nr NIP

miejsowość ulica nr domu nr lokalu
adres stałego zameldowania

nr kodu- poczta powiat
województwo nr tel. Faxu (z nr kier.)

ustanowiony Opiekun*/Pełnomocnikiem*

postanowieniem Sadu Rejonowego z dnia sygn. Akt
na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza

z dnia repet. Nr

.....
podpis przedstawiciela ustawowego

Wyrażam zgodę , w związku z art. 23 ust.1 i ust. 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133 poz. 883) na wykorzystywanie danych w związku z niniejszym wnioskiem.
O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

.....
**podpis Wnioskodawcy
lub przedstawiciela ustawowego**

Załączniki do wniosku:

- 1.kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
- 2.aktualne zaświadczenie lekarza specjalisty, zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności i o problemach wynikających z niepełnosprawności (załącznik nr 1 do wniosku);
- 3.kosztorys wstępny określający części składowe zadania z co najmniej dwóch punktów sprzedaży.

POUCZENIE

Dochody osobiste i dochody rodziny to suma przychodów z różnych źródeł. Średni miesięczny dochód pomniejsza się o podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym. Średni miesięczny dochód należy przedstawić za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Załącznik do wniosku o dofinansowanie do sprzętu rehabilitacyjnego

Imię i nazwisko

Data urodzenia PESEL

Adres zamieszkania

Rozpoznanie lekarskie

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

Rodzaj koniecznego sprzętu rehabilitacyjnego (z wyłączeniem sprzętu leczniczego)

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

Uzasadnienie konieczności prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu w/w.
sprzętu.....

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

.....
Pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie