

Nr wniosku
Data wpływu

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie we Wrocławiu, ul. Kościuszki 131, 50-440 Wrocław

**Wniosek o dofinansowanie ze środków
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
do kosztów nabycia sprzętu rehabilitacyjnego**

I Dane osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o dofinansowanie lub niepełnosprawnego dziecka, w którego imieniu występuje rodzic lub opiekun prawny.

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

(ulica, nr domu, nr mieszkania, kod pocztowy, miejscowość), **telefon**

Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności
(stopień niepełnosprawności lub grupa inwalidzka)

Orzeczenie o niepełnosprawności przed ukończeniem 16. roku życia

Imię i nazwisko osoby uprawnionej do odbioru dofinansowania

PESEL

Przedstawiciel ustawy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny, pełnomocnik*

(imię i nazwisko)

seria i nr dowodu osobistego..... wydany w dniu.....

przez

PESEL

zamieszkały: ulica nr domu

nr lokalu kod pocztowy miejscowość

ustanowiony opiekunem/pełnomocnikiem*

(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. syg. akt/na mocy pełnomocnictwa

potwierdzonego przez Notariusza*

z dn. repet. nr)

II 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 wspólnie zamieszkałych wynosi

L.p.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Źródło dochodu	Kwota dochodu
1		wnioskodawca		
2				
3				
4				
5				
6				

*niepotrzebne skreślić

Jestem mieszkańcem Domu Pomocy Społecznej **Tak** **Nie**

Przebywam w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym **Tak** **Nie**

III Przedmiot dofinansowania.....
.....
.....

IV Przewidywany koszt realizacji zadania

Całkowity koszt (w zł)

w tym :

wnioskowana wielkość dofinansowaniazł

wielkość środków własnychzł

inne źródła finansowania (jeśli występują, podać jakie i udokumentować)

.....zł

V Miejsce realizacji zadania

VI Cel dofinansowania

VII Nazwa banku i numer rachunku bankowego

VIII Informacja o kwotach przyznanych wcześniej ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, z określeniem numeru zawartej umowy, celu i daty przyznania dofinansowania oraz stanu rozliczenia:

Korzystałem/am TAK/NIE*				
Data przyznania dofinansowania	Numer zawartej umowy	Cel	Kwota	Stan rozliczenia

* niepotrzebne skreślić

Oświadczenia:

1. Uprzedzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego z dnia 6 czerwca 1997 r. (Dz.U. z 2019 r. poz. 1950 ze zm.) za fałszywe zeznania, prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

2. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych, tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie we Wrocławiu, ul. Kościuszki 131, w celu złożenia wniosku o przyznanie dofinansowania ze środków PFRON do kosztów nabycia sprzętu rehabilitacyjnego. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej (treść <http://www.pcsr.wroclaw.pl/ochrona-danych-osobowych>), w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

Do wniosku załączam:

1. Kopię (i oryginał dla potwierdzenia zgodności) aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub grupie) lub kopię aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności przed ukończeniem 16. roku życia.

2. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności (jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu) oraz informację o konieczności używania danego sprzętu rehabilitacyjnego w procesie rehabilitacji w warunkach domowych (druk w załączeniu).

3. Fakturę PRO FORMA lub ofertę cenową na wnioskowany sprzęt rehabilitacyjny.

4. Kopię pełnomocnictwa lub postanowienia o ustaleniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu), jeśli taki został ustanowiony.

.....
(data)

.....
(podpis osoby niepełnosprawnej
lub opiekuna dziecka niepełnosprawnego
lub opiekuna prawnego)

.....
(podpis osoby przyjmującej wniosek)

.....
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

.....
(data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko.....

zamieszkała(y).....

PESEL.....

wymaga zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny (proszę wymienić jaki) z powodu

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

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

Zgodnie z § 5 ust 1 pkt 1 lit b rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015 r. poz. 926 ze zm.) – o dofinansowanie ze środków Funduszu zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, **jeśli zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu.**