

WNIOSEK/ A

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

Dane dotyczące Wnioskodawcy (proszę wypełnić drukowanymi literami)

Imię/imiona/ i nazwisko:.....

Dowód osobisty* - seria nr wydany w dniu
przez

Nr. PESEL Nr. NIP*

Adres - miejscowość nr kodu..... - poczta
ulica nr domu nr lokalu
nr tel.....

Dane przedstawiciela ustawowego-dla małoletniego Wnioskodawcy, opiekuna, pełnomocnika:

Imię/imiona/ i nazwisko:.....

Dowód osobisty - seria nr wydany w dniu
przez

Nr. PESEL Nr. NIP.

Adres - miejscowość nr kodu..... - poczta
ulica nr domu nr lokalu
nr tel.....

opiekun** - ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia.....
sygnatura akt.....

pełnomocnik** - na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza:.....
.....dnia.....nr repertorium.....

*w przypadku gdy wnioskodawcą jest dziecko – skreślić

**niepotrzebne skreślić

I. Stopień niepełnosprawności /wypełnić zgodnie z posiadanym orzeczeniem/⁽¹⁾

1a	znaczny	
1b	inwalidzi I grupy	
1c	osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
1d	osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
1e	osoby w wieku do lat 16, które posiadają orzeczenie o niepełnosprawności	

2a	umiarkowany	
2b	inwalidzi II grupy	
2c	osoby całkowicie niezdolne do pracy	
3a	lekki	
3b	inwalidzi III grupy	
3c	osoby częściowo niezdolne do pracy	
3d	osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

II. Rodzaj niepełnosprawności ⁽²⁾

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 narządów słuchu i mowy	
5.	deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6.	niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

III. Sytuacja zawodowa ⁽¹⁾

1.	zatrudniony / prowadzący działalność gospodarczą *	
2.	osoba w wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca*	
3.	bezrobotny poszukujący pracy / rencista poszukujący pracy*	
4.	rencista / emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy *	
5.	dzieci i młodzież do lat 18	

⁽¹⁾wstawić X we właściwej rubryce (tylko w jednej)

⁽²⁾wstawić X we właściwych rubrykach zgodnie z dołączonym do wniosku zaświadczeniem lekarskim

*niepotrzebne skreślić

IV. Rodzaj sprzętu rehabilitacyjnego

.....

.....

.....

V. Planowany termin zakupu

VIII. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą

Lp.	Imię i nazwisko	pokrewieństwo ⁽¹⁾	data urodzenia	stopień niepełnosprawności ⁽²⁾	rodzaj niepełnosprawności ⁽³⁾	źródło dochodu	dochód ⁽⁴⁾
1.	Wnioskodawca	-		-			
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
ŁĄCZNY DOCHÓD:							

⁽¹⁾ w stosunku do wnioskodawcy

⁽²⁾ wpisać jedno z oznaczeń (od 1a do 3d) korzystając z tabeli I. wniosku – zgodnie z posiadanym orzeczeniem

⁽³⁾ wpisać oznaczenia (od 1 do 6) korzystając z tabeli II.- zgodnie z dołączonym do wniosku zaświadczeniem lekarskim

⁽⁴⁾ proszę podać średni dochód netto z kwartału poprzedzającego datę złożenia wniosku

IX. Średni dochód miesięczny (netto) na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy (średnia z ostatnich 3 miesięcy)

Upředzony/a o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2, i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz.U. nr 88, poz. 553) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

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

.....
(podpis Wnioskodawcy*, przedstawiciela ustawowego*
opiekuna prawnego* pełnomocnika*)

OŚWIADCZENIA

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych:
Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Pile,
Al. Niepodległości 37, dla potrzeb związanych z dofinansowaniem ze środków PFRON.
2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
2. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania oraz ich usunięcia.

.....
(data i podpis)

Załączniki do wniosku: / wypełnia PCPR/

Wyszczególnienie	data wpływu:
1.Kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. nr 123, poz. 776 z późn. zm.)	
2.Kopia w/w orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób.	
3..Zaświadczenie lekarza specjalisty potwierdzające konieczność nabycia sprzętu rehabilitacyjnego, o którym mowa we wniosku	

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Uwaga : zaświadczenie dla celów pomocy społecznej

Nazwisko i imię:
PESEL:
Adres:

Rozpoznanie choroby zasadniczej:

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

Zalecenie rehabilitacji domowej:

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

Potrzeby osoby w zakresie sprzętu rehabilitacyjnego:

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

.....
Data

.....
pieczętka i podpis lekarza