

**Nr sprawy.........................................data wpływu ……........................**

# WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków PFRON **zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny**

**I. DANE OSOBOWE WNIOSKODAWCY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE WNIOSKODAWCY**  **(DZIECKA/PODOPIECZNEGO)**  IMIĘ...............................................................................  NAZWISKO.....................................................................  DATA URODZENIA..........................................................  PESEL   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   ADRES ZAMIESZKANIA:  MIEJSCOWOŚĆ..............................................................  KOD POCZTOWY   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | \_ |  |  |  |   ULICA ………...................................................................  NR DOMU....................NR MIESZKANIA.......................  TELEFON:....................................................................... | **DANE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO**  **PEŁNOMOCNIKA**  IMIĘ..........................................................................  NAZWISKO................................................................  DATA URODZENIA.....................................................  PESEL   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   ADRES ZAMIESZKANIA:  MIEJSCOWOŚĆ............................................................  KOD POCZTOWY   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | \_ |  |  |  |   ULICA ………................................................................  NR DOMU....................NR MIESZKANIA......................  TELEFON:.................................................................... |

**1. Przedmiot dofinansowania**.....................................................................................................................

*(należy podać nazwę urządzenia )*

**Przewidywany koszt realizacji zadania:** ................................................................................................... zł

Słownie:.......................................................................................................................................................zł

**Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania:** ......................................................................................zł

(max do 80% kosztu realizacji zadania)

Słownie: ...........................................................................................................................................................zł

Proszę o przekazanie dofinansowania na:

□ Nr konta………………………………………………………………………………………………………….……………………………………

(nazwa banku i numer konta bankowego)

□ konto wskazane w fakturze

**2. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik** (proszę wstawić X we właściwej rubryce)

|  |  |
| --- | --- |
| **Znaczny** |  |
| I grupa inwalidzka |  |
| Osoba całkowicie niezdolna do pracy i do samodzielnej egzystencji |  |
| Osoba stale albo długotrwale niezdolna do pracy w gospodarstwie rolnym, której przysługuje zasiłek pielęgnacyjny |  |
| **Umiarkowany** |  |
| II grupa inwalidzka |  |
| Osoba całkowicie niezdolna do pracy |  |
| **Lekki** |  |
| Osoby częściowo niezdolne do pracy |  |
| Osoby stale i długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym |  |
| Inwalidzi III grupy |  |
| Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności |  |
| Orzeczenie ważne do : | |

**3. Rodzaj niepełnosprawności** (proszę wstawić X we właściwej rubryce)

|  |  |
| --- | --- |
| 1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim |  |
| 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 |  |
| 8. inny/jaki? |  |

**4. Sytuacja zawodowa**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Zatrudniony\*/prowadzący działalność gospodarczą\* |  |
| 2. Osoba w wieku od 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. Osoby utrzymujące się z zasiłków z pomocy społecznej |  |
| 6. Dzieci, młodzież do lat 18 |  |

\* niepotrzebne skreślić

**5. Średni dochód miesięczny na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Średni miesięczny dochód netto w gospodarstwie domowym | |  |
| Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym | |  |
|  | w tym liczba osób niepełnosprawnych |  |
| Średni dochód miesięczny netto na osobę | |  |

**6. Korzystanie ze środków finansowych PFRON**

korzystałem/łam: TAK □ NIE □

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Numer umowy  (jeśli dotyczy) | Cel umowy | Data przyznanego dofinansowania | Kwota przyznanego dofinansowania | Stan rozliczenia |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**7. Miejsce realizacji zadania**

....................................................................................................................................................................................................................................................................................................…………………………………………

**8. Cel dofinansowania** (uzasadnienie składanego wniosku) ........................................................................................................................................................................

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

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

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

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

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

**II. Informacje końcowe**

1. **Zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia pomniejszonej ewentualne dofinansowanie z innych źródeł, a przyznaną ze środków PFRON kwotą dofinansowania.**
2. **Oświadczam, iż przed złożeniem wniosku zapoznałem(am) się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych, która dostępna jest w siedzibie PCPR w Wodzisławiu Śląskim oraz na stronie** [**www.pcpr-wodzislaw.pl**](http://www.pcpr-wodzislaw.pl)**, a Administratorem danych osobowych jest Dyrektor, reprezentujący Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wodzisławiu Śląskim.**
3. **Pouczony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks Karny (Dz. U. z 2018, poz. 1600) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz   
   w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.**
4. **Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Dyrektora PCPR o wszelkich zmianach zaistniałych   
   po złożeniu wniosku, mających wpływ na sposób jego rozpatrzenia.**

……………………………………………… ……………………………………………………

*data czytelny podpis Wnioskodawcy*

***Załączniki wymagane do wniosku:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nazwa załącznika** | **Dołączono do**  **wniosku \*** |
| 1. | *Kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub art. 62 ustawy,  a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przez dniem 1 stycznia 1998r.*  *(oryginał do wglądu).* |  |
| 2. | Oryginał orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą w przypadku takich osób (do wglądu). |  |
| 3. | Jedna oferta wnioskowanego sprzętu wraz z specyfikacją. |  |
| 4. | Zaświadczenie lekarza specjalisty. |  |
| 5. | Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym (jeżeli dotyczy) – opiekuna prawnego lub pełnomocnika (oryginał do wglądu). |  |
| 6. | Inne dokumenty (jakie) |  |

**\* właściwe zaznaczyć**

….................................................. …..................................,dnia....................

(stempel zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki zawodowej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA SPECJALISTY O STANIE ZDROWIA**

*wydane dla potrzeb PCPR w Wodzisławiu Śląskim*

*celem przyznania dofinansowania ze środków PFRON*

*do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego*

**Imię nazwisko pacjenta** .......................................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**data urodzenia** ................................................ **PESEL**

1. **Rozpoznanie i opis choroby zasadniczej:**

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

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

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

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

1. **Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia niepełnosprawności:**

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

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

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

1. **Zalecany sprzęt rehabilitacyjny stosowny do potrzeb wynikających z niepełnosprawności oraz przewidywane skutki/rezultaty jego stosowania:**

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

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

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

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

**Ponadto stwierdzam potrzebę prowadzenia codziennej rehabilitacji przy użyciu w/w sprzętu rehabilitacyjnego w warunkach domowych.**

………………….. ..……................................................

Data Pieczątka i podpis lekarza   
 specjalisty wystawiającego zaświadczenie

WYPEŁNIA PCPR

**TABELA OCENY WNIOSKU**

OCENA FORMALNA WNIOSKU(kompletność wymaganych dokumentów)

**POZYTYWNA** □ **NEGATYWNA** □

Data …..................................... Podpis …................................

OCENA MERYTORYCZNA (spełnianie warunków określonych przepisami)

**POZYTYWNA** □ **NEGATYWNA** □

Data …..................................... Podpis …................................

OPINIA KIEROWNIKA SEKCJI

**POZYTYWNA** □ **NEGATYWNA** (uzasadnienie) □

…......................................................................................................................................................................

Data.......................................... Podpis …................................

DECYZJA DYREKTORA PCPR

**POZYTYWNA** □ **NEGATYWNA** (uzasadnienie) □

…......................................................................................................................................................................

Data.......................................... Podpis ...........................