



Malbork, dnia.....2020r.

Rs.731. 2020

Wniosek o udzielenie dofinansowania ze środków PFRON do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

I. Przedmiot dofinansowania:

.....
.....

II. Dane dotyczące wnioskodawcy (wypełnić drukowanymi literami)

.....

(imię i nazwisko)

(imię ojca)

Data urodzenia..... PESEL.....

Adres: kod-..... Miejscowość

Ulica Nr domu..... nr lokalu

Numer telefonu.....

III. Dane przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika osoby niepełnosprawnej (wypełnić jeśli wniosek dotyczy osoby niepełnoletniej, ubezwłasnowolnionej lub reprezentowanej przez pełnomocnika) :

p r z e d s t a w i c i e l u s t a w o w y

o p i e k u n p r a w

Nazwisko i imię:.....

Data urodzenia..... PESEL.....

Adres zamieszkania: kod-..... Miejscowość.....

Ulica nr domu..... nr lokalu

Numer telefonu

IV. Stopień niepełnosprawności (wstaw X we właściwe miejsce)

Znaczny (I grupa inwalidzka)	
Umiarkowany (II grupa inwalidzka)	
Lekki (III grupa inwalidzka)	
W przypadku dzieci do 16 – go roku życia	

V. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON w ciągu ostatnich trzech lat :

tak / nie * (jeżeli tak to proszę wypełnić poniższą tabelkę) :

Cel dofinansowania	Rok zawartej umowy	Kwota przyznanego dofinansowania	Stan rozliczenia

VI. Uzasadnienie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego i przewidywane skutki zmniejszenia niepełnosprawności:

.....

.....

.....

.....

.....

VII. Planowany koszt przedsięwzięcia/ deklarowany udział własny Wnioskodawcy/ kwota wnioskowana:

Planowany koszt przedsięwzięcia	
Udział własny wnioskodawcy	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON	

* - **właśniwe podkreślić**

OŚWIADCZENIE

1. 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..... złotych.
Liczba osób pozostająca we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi.....
2. Oświadczam, że mam / nie mam* zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz byłem (am) / nie byłem (am) w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie z Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
3. Oświadczam, że posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach zadania.

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że:	
1	Rozpatrzenie wniosku następuje na podstawie Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, 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 oraz Uchwały Zarządu określającej regulamin przyznawania dofinansowania ze środków PFRON do sprzętu rehabilitacyjnego.
2	Realizacja złożonych wniosków nastąpi z chwilą otrzymania środków finansowych przez tut. Centrum na realizację powyższego zadania.
3	Dofinansowanie będzie przyznawane przez PCPR do wyczerpania środków finansowych PFRON przeznaczonych dla powiatu malborskiego i zatwierdzonych do wykorzystania na powyższy cel.
4	Wszystkie zmiany we wniosku jak i rezygnacje należy zgłaszać do PCPR w formie pisemnej
5	Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb realizacji procesu orzeczniczego zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (tzw. RODO)
6	Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci nr telefonu i lub adresu e-mail wpisanego we wniosku w celu przekazania informacji dotyczącej postępowania
7	Prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam pod odpowiedzialnością karną przewidzianą w art. 233§ 1 i 2 Kodeksu Karnego (Dz..2018 poz.1600).

.....
(podpis Wnioskodawcy*/ Przedstawiciela ustawowego*
Opiekuna prawnego*/ Pełnomocnika*)

UWAGA:
ZŁOŻENIE WNIOSKU NIE JEST JEDNOZNACZNE Z PRYZNANIEM
DOFINANSOWANIA. NIEZREALIZOWANY WNIOSEK ZŁOŻONY W DANYM ROKU
KALENDARZOWYM NIE PRZECHODZI NA ROK NASTĘPNY.

Załączniki:

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności, o stopniu niepełnosprawności (oryginał do wglądu) ;

- 2. Aktualne zaświadczenie lekarskie uzasadniające konieczność zakupu wnioskowanego sprzętu;**
- 3. Oferta cenowa dotycząca zakupu wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego;**

.....
(pieczęć zakładu)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**Celem ubiegania się o dofinansowanie ze Środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji
Osób Niepełnosprawnych do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego**

PROSIMY WYPEŁNIĆ CZYTELNICIE

1. WNIOSKODAWCA

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Nr PESEL

2. Rozpoznanie choroby zasadniczej oraz inne współistniejące choroby, a także schorzenia wynikające z rodzaju
niepełnosprawności

.....

.....

.....

.....

3. Czy zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu sprzętu rehabilitacyjnego ?

TAK

NIE

4. Zalecany sprzęt rehabilitacyjny (podać nazwę)

5. Uzasadnienie potrzeby prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu w/w sprzętu oraz rokowania
a przyszłość, w tym przewidywane skutki zmniejszenia niepełnosprawności

.....

.....

.....

.....

.....
Pieczęć imienna i podpis lekarza
Specjalisty wystawiającego zaświadczenie

Zaświadczenie ważne 3 miesiące od daty wystawienia

