

Pieczęć PCPR

.....
nr wniosku

.....
data wpływu kompletnego wniosku

WNIOSEK

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

I. Dane personalne osoby niepełnosprawnej:

Imię i nazwisko:		
ulica:	nr domu:	nr mieszkania:
miejsowość:	kod pocztowy:	poczta:
Powiat:	województwo:	
PESEL:	NIP:	
Seria i nr dowodu osobistego:	nr telefonu:	
Nr rachunku bankowego:		

II. Stan prawny dotyczący niepełnosprawności (wstawić „X” we właściwej kratce)

<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> znaczny stopień	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> osoba w wieku do lat 16 (z orzeczeniem o niepełnosprawności)		
Ww. dokument ważny jest:		
<input type="checkbox"/> bezterminowo	<input type="checkbox"/> okresowo, do: dzień - miesiąc - rok	
niepełnosprawność istnieje: <input type="checkbox"/> od urodzenia <input type="checkbox"/> od roku:		

III. Rodzaj niepełnosprawności (wstawić „X” we właściwej kratce)

<input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim				
<input type="checkbox"/> inna dysfunkcja narządu ruchu				
<input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku				
<input type="checkbox"/> niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia				
Inne/dodatkowe przyczyny niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol) *				
<input type="checkbox"/> 01 –U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 02-P upośledzenie psychiczne	<input type="checkbox"/> 03-L zaburzenie głosu mowy i choroby słuchu	<input type="checkbox"/> 06-E epilepsja	<input type="checkbox"/> 07-S choroby układu oddechowego i krążenia
<input type="checkbox"/> 08-T choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 09-M choroby układu moczowo - pęcherzowego	<input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 11-I inne	

*o ile dotyczy

IV. Dane przedstawiciela ustawowego/ opiekuna prawnego/ pełnomocnika

nie dotyczy

Imię i nazwisko:		
ulica:	nr domu:	nr mieszkania:
miejsowość:	kod pocztowy:	poczta:
Powiat:	województwo:	
PESEL:	NIP:	
Seria i nr dowodu osobistego:	nr telefonu:	

V. Korzystanie ze środków finansowych PFRON (wstawić „X” we właściwej kratce)

<input type="checkbox"/> korzystałem
jaki był cel dofinansowania :
nr umowy i data zawarcia:
kwota dofinansowania:
stan rozliczenia:
<input type="checkbox"/> nie korzystałem

VI. Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:

.....
Przewidywany koszt: zł
Inne źródła finansowania:
.....
Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: zł
słownie:

Oświadczam, że posiadam środki własne na pokrycie wymaganego udziału w wysokości 20% całkowitego kosztu zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.

.....
miejsowość, data

.....
Podpis Wnioskodawcy*/przedstawiciela ustawowego*/
opiekuna prawnego*/pełnomocnika*

Załączniki do wniosku:

1. kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności Wnioskodawcy (oryginał do wglądu),
2. aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, potwierdzające konieczność zakupu sprzętu rehabilitacyjnego,
3. pełnomocnictwo lub postanowienie sądu (pełnomocnik lub opiekun prawny),

VII. Oświadczenie Wnioskodawcy o dochodach:

Imię i nazwisko		średni miesięczny dochód netto (za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku)
Dane Wnioskodawcy:		x
1.		
Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym - poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa/powinowactwa z Wnioskodawcą:		x
2		
3		
4		
5		
6		
7		
RAZEM		

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, przypadający na jedną osobę w mojej rodzinie wyniósł: zł

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

Uprzedzony o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (j.t. Dz. U. z 2018 r. poz. 1600 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

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

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Funduszu, oraz byłem/nie byłem stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie w ciągu 3 ostatnich lat.

.....
miejscowość, data

.....
Podpis Wnioskodawcy*/przedstawiciela ustawowego*/
opiekuna prawnego*/pełnomocnika*

* niepotrzebne skreślić

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

Informacje o przyznaniu/nieprzyznaniu dofinansowania:

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Hrubieszowie informuje, że przyznaje /
nie przyznaje środki Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
w kwocie
słownie

na dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego typu:
.....
.....
.....
.....

.....
miejsowość, data

.....
pieczęć i podpis Dyrektora PCPR

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

***Zaświadczenie wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Hrubieszowie – dotyczy dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zakupu sprzętu rehabilitacyjnego
dla osób posiadających orzeczenie o niepełnosprawności***

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

.....

Choroby współistniejące

.....

.....

Rodzaj niepełnosprawności uzasadniający zakup sprzętu rehabilitacyjnego:

.....

.....

Zalecany sprzęt rehabilitacyjny wskazany do rehabilitacji w warunkach domowych (nazwa sprzętu
– wymienić jaki):.....

.....

.....

Uzasadnienie konieczności posiadania wskazanego powyżej sprzętu rehabilitacyjnego zgodnie
z rodzajem niepełnosprawności:

.....

Przewidywane skutki zmniejszenia niepełnosprawności:.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)