

DATA WPŁYWU.....

NR SPRAWY.....

Wniosek

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

DANE OSOBOWE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Nazwisko i imię

Data urodzenia ____-____-____ PESEL

NIP ____-____-____-____ Telefon.....

Dowód osobisty: seria numer

Adres zamieszkania: Adres do korespondencji:

Ulica/nr domu..... Ulica/nr domu.....

Kod-..... Miejscowość..... Kod-..... Miejscowość.....

Nazwa banku..... oddział

Numer rachunku bankowego.....

.....

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (wypełnić, jeżeli wniosek dot. osoby niepełnoletniej lub ubezwłasnowolnionej)

Imię i nazwisko.....

Dowód osobisty: seria numer

Adres zamieszkania: Adres do korespondencji:

Ulica/nr domu..... Ulica/nr domu.....

Kod-..... Miejscowość..... Kod-..... Miejscowość.....

Telefon.....

I. OKREŚLENIE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (zaznacz właściwy kwadrat)

- stopień znaczny (I GR), osoba całkowicie niezdolna do pracy i samodzielnej egzystencji
- stopień umiarkowany (II GR), osoba całkowicie niezdolna do pracy
- stopień lekki (III GR), osoba częściowo niezdolna do pracy
- dziecko niepełnosprawne (do 16 roku życia)

II. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (wymienić schorzenie)

.....
.....

III. PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA

.....
.....

IV. MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA I CEL DOFINANSOWANIA

.....
.....

V. PRZEWIDYWANY KOSZT

.....

VI. WYSOKOŚĆ KWOTY WNIOSKOWANEGO DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW

PFRON (do 80% kosztów tego sprzętu, nie więcej jednak niż do wysokości pięciokrotnego przeciętnego wynagrodzenia).

..... słownie.....zł)

V. INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

Nr i data umowy	Podmiot przyznający dofinansowanie	Kwota	Cel	Stan rozliczenia

OŚWIADCZENIE: Oświadczam, że średni miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych, pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych

osób, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosiłzł
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

ZAŁĄCZNIKI:

1. Kopia (oryginał do wglądu) aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, wypisu z treści orzeczenia, a w przypadku osób do 16 roku życia - kopia orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu).
 2. Zaświadczenie lekarskie z rozpoznaniem chorobowym wnioskodawcy i wyraźnym zapisem, że zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu.
 3. Oferta sprzedawcy sprzętu rehabilitacyjnego.
- Uprzedzony o odpowiedzialności za podanie informacji niezgodnych z prawdą 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.
 - Potwierdzam zgodność zakupionego sprzętu ze sprzętem wskazanym w fakturze, rachunku.
 - Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku dla celów realizacji programu dofinansowania zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883 z późn. zm.).

Data i podpis wnioskodawcy

.....

Uwaga: W przypadku wątpliwości odnośnie do podanych we wniosku o dofinansowanie danych, w szczególności co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, mających wpływ na przyznanie dofinansowania, PCPR wzywa wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie, nie dłuższym niż 14 dni, licząc od dnia otrzymania wezwania, wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.

Decyzja PCPR

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Tczewie **przyznaje / nie przyznaje** dofinansowanie do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.

wymienić.....
.....

w wysokości.....słownie złotych.....

.....

Data

.....

(pieczęćka i podpis dyrektora PCPR)