

PCPR.541.....2021  
znak sprawy

.....  
data wpływu wniosku

.....  
pieczętka jednostki rozpatrującej wniosek

**WNIOSEK**  
**do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie we Wschowie ul. Pl. Kosynierów 1c**  
**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**  
**zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny**

**I. Dane dotyczące Wnioskodawcy:**  
*(wypełnia osoba niepełnosprawna)*

**1. Imię i nazwisko**.....  
syn/córka.....data urodzenia.....  
(imię ojca)

**Adres zamieszkania:**

Miejscowość.....ulica.....nr domu.....nr lokalu.....  
nr kodu.....poczta.....powiat.....

**Dowód osobisty:** seria.....nr.....wydany w dniu.....  
przez.....

**PESEL**..... **NIP**.....  
Telefon.....

**Informacja o posiadaniu rachunku bankowego przez Wnioskodawcę**

Czy Wnioskodawca posiada rachunek bankowy?.....  
Imię i nazwisko posiadacza rachunku.....  
Nazwa banku.....Nr rachunku.....

**2. Charakterystyka niepełnosprawności Wnioskodawcy:**

Stopień niepełnosprawności:.....  
Rodzaj niepełnosprawności:.....

**3. Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik:**

Imię i nazwisko.....  
syn/córka.....data urodzenia.....  
Dowód osobisty seria.....nr.....wydany w dniu.....  
przez.....  
PESEL..... NIP.....  
Adres zamieszkania.....  
Ustanowiony opiekunem/pełnomocnikiem.....  
Postanowieniem Sądu Rejonowego.....z dnia.....syg.akt.....  
na mocy pisemnego pełnomocnictwa z dnia.....

**II. Informacje o przedmiocie wniosku:**

**1. Przedmiot, którego dotyczy wnioskowane dofinansowanie:**

L.p.	Nazwa	Ilość sztuk	Cena jednostkowa	Wartość ogółem	Do weryfikacji (Wypełnia PCPR)

**2. Koszt przedsięwzięcia:**

Przewidywany koszt ogólny przedsięwzięcia.....  
Własne środki przeznaczone na realizację zadania:.....  
Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków Funduszu.....  
słownie złotych.....

**3. Miejsce realizacji zadania:**.....  
.....

**4. Uzasadnienie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego i przewidywane skutki zmniejszenia niepełnosprawności:**

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

**5. Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON:**

**Tak**

**Nie**

Jeżeli tak to proszę podać na jaki cel:.....

Wysokość przyznanych środków:.....

Data przyznania, nr zawartej umowy: .....

Czy wnioskodawca posiada zaległości wobec PFRON:

**Tak**

**Nie**

Oświadczam, że na podstawie art. 7 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie we Wschowie w celu ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Podaję dane osobowe, zgodnie z art. 4 pkt 11 w/w rozporządzenia, tj. dobrowolnie, konkretnie, świadomie i jednoznacznie okazuję wolę oraz oświadczam, że są one zgodne z prawdą. 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.

Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1,2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (t.j. Dz. U. z 2020 poz. 1444 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

Dofinansowanie ze środków PFRON nie przysługuje, jeżeli wnioskodawca ubiegający się o dofinansowanie ma zaległości wobec Funduszu lub był w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu i rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie wnioskodawcy.

O wszelkich zaistniałych zmianach mających wpływ na realizację wniosku zobowiązuję się powiadomić PCPR Wschowa w terminie 7 dni. Oświadczam, że nie posiadam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, nie byłem w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

***Oświadczam, że nie posiadam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, nie byłem w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.***

**Przyjmuję do wiadomości**, że niniejszy wniosek zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z PFRON i uchwaleniu planu finansowego na bieżący rok.

.....  
(data i podpis Wnioskodawcy, przedstawiciela  
ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika)

**Do wniosku należy dołączyć:**

1. Ofertę cenową wnioskowanego sprzętu wydaną przez sklep lub hurtownię.
2. Kopię orzeczenia o niepełnosprawności lub wypis z treści orzeczenia.
3. Opinię lekarza specjalisty właściwego ze względu na rodzaj schorzenia, która uzasadni potrzebę zaopatrzenia we wnioskowany sprzęt rehabilitacyjny.

**Adnotacje Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie:**

1. Sposób rozpatrzenia wniosku (pozytywnie/negatywnie).....
2. Przyznano dofinansowanie do zakupu:.....  
.....  
.....
3. Nie przyznano dofinansowania do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego z powodu: .....  
.....  
.....
4. Przyjęto do dofinansowania kwotę: .....złoty
5. Ustalono dofinansowanie w wysokości: .....złoty (.....%)

Wniosek został sprawdzony pod względem merytorycznym, formalnym i rachunkowym

Wnioskodawca spełnia/niespełnia wszystkie przesłanki określone w Ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r., poz. 426 z późn. zm.) oraz rozporządzeniu MPiPS z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mają być finansowane ze środków PFRON (Dz. U. z 2015 r. poz. 926) wymagane do przyznania dofinansowania do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.

.....  
Data

.....  
Podpis pracownika

Uwagi:

.....  
.....

Po analizie wniosku, zgodnie z obowiązującymi procedurami dofinansowania, Kierownik Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie we Wschowie przyznaje / nie przyznaje dofinansowanie do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego w 2020 roku.

.....  
(Data)

.....  
(Pieczęć PCPR)

.....  
(Pieczęć i podpis Kierownika PCPR)

# OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Ja\* niżej podpisany(a).....zamieszkały(a) w  
/ imię i nazwisko /

.....  
/ adres zamieszkania /

pouczony(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, oświadczam, że jestem osobą samotnie gospodarującą\*\*/ prowadzę wspólne gospodarstwo domowe, w którym wraz ze mną pozostają następujące osoby:\*\*

\*\* niepotrzebne skreślić

L.p	Imię	Nazwisko	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Dochód netto za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek
1.			Wnioskodawca	
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

**OGÓLEM:**

**Średni miesięczny dochód w mojej rodzinie wynosi:** ..... zł  
( należy dochód ogółem podzielić przez trzy)

Oświadczam, że **średni miesięczny dochód na osobę w mojej rodzinie wynosi:** .....zł ( należy średni miesięczny dochód podzielić przez liczbę osób w rodzinie )

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem

.....  
data

.....  
podpis wnioskodawcy

## Pouczenie

O dofinansowanie ze środków Funduszu do zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków ortopedycznych może ubiegać się osoba niepełnosprawna, jeżeli: **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, rentowych 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), obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek, nie przekracza:  
- 50% przeciętnego wynagrodzenia na członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym,  
- 65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej.

\* niepotrzebne skreślić

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA  
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie we Wschowie**

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko .....

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

Adres zamieszkania .....

Rozpoznanie lekarskie .....

.....

.....

.....

Rodzaj koniecznego sprzętu rehabilitacyjnego .....

.....

.....

Wskazana częstotliwość stosowania w/w sprzętu .....

.....

Uzasadnienie samodzielności (domowej) rehabilitacji .....

.....

.....

.....

.....

miejsowość data

.....

pieczętka i podpis lekarza specjalistę