

Data wpływu:

Nr sprawy:

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

### Część A – DANE WNIOSKODAWCY

#### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

#### ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Wartość
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

**ADRES KORESPONDENCYJNY** Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Wartość
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

**DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

**ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO**

Nazwa pola	Wartość
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś

**STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

Nazwa pola	Wartość
<p><b>Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:</b></p> <p><b>Stopień niepełnosprawności:</b></p>	<p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p><input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy</p>
<p><b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b></p> <p><b>Grupa inwalidzka:</b></p>	<p><input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia: .....</p> <p><input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy</p>
<p><b>Niezdolność:</b></p> <p><b>Rodzaj niepełnosprawności:</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> Nie dotyczy</p> <p><input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu  <input type="checkbox"/> osoba głucha  <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema  <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku  <input type="checkbox"/> osoba niewidoma  <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma  <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu  <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego  <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych  <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-płciowego  <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne  <input type="checkbox"/> 11-I – inne  <input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe</p>

<b>Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

### ŚREDNI DOCHÓD

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

indywidualne  wspólne

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy: .....**

**Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: .....**

### KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

**Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON:**

nie  
 tak

### CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

## Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

### I. PRZEDMIOT WNIOSKU

#### Przedmiot

Nazwa pola	Wartość
<b>Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:</b>	

<b>Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):</b>	
<b>Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON – maksymalnie 80%:</b>	
<b>co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:</b>	
<b>Miejsce realizacji:</b>	
<b>Cel dofinansowania:</b>	

### PODSUMOWANIE (WSZYSTKIE PRZEDMIOTY)

Nazwa pola	Wartość
<b>Przewidywany koszt:</b>	
<b>Kwota wnioskowana:</b>	
<b>Uzasadnienie:</b>	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....

### FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Wartość
<b>Właściciel konta (imię i nazwisko):</b>	
<b>Nazwa banku:</b>	
<b>Nr rachunku bankowego:</b>	

W kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)

Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

### SYTUACJA ZAWODOWA

Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą

Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca

Bezrobotny poszukujący pracy

Rencista poszukujący pracy

- Wniosek, Rehabilitacja społeczna – Sprzęt rehabilitacyjny
- Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
- Dzieci i młodzież do lat 18
- Inne / jakie?

## Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

### OŚWIADCZENIE

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: ..... zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: .....

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

**Uprowadzony/uprowadzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

### ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

### UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

### LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

#### Lista

**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.
4. Oświadczenia (stanowiące załącznik do wniosku).