Numer sprawy……………………………………………..

 Data wpływu kompletnego wniosku..……………………..

**WNIOSEK**

**O dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do zaopatrzenia osób niepełnosprawnych w sprzęt rehabilitacyjny**

1. **Informacje o wnioskodawcy**

 **Dane personalne wnioskodawcy**

Imię …………………………….. Nazwisko……………………………………………..

 Data urodzenia………………..Seria i numer dowodu osobistego………………………..

 PESEL…………………………………. NIP…………………………………………….

 **Dane personalne osoby reprezentującej wnioskodawcę**

Imię………………………………Nazwisko……………………………………………..

 Data urodzenia………………..Seria i numer dowodu osobistego……………………….

 PESEL ………………………………… NIP…………………………………………….

 **Adres zamieszkania**

 Miejscowość ………………………………… Kod pocztowy……………………………

 Ulica………………………………………….Numer domu/mieszkania…………………

 Telefon kontaktowy……………………………………………………………………….

 **Posiadane orzeczenie:**

…………………………………………………………………………………………….

 Ważność dokumentu stała okresowa do……………..

1. **Rodzaj niepełnosprawności**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk |  |
| 2. | Inna dysfunkcja narządów ruchu |  |
| 3. | Dysfunkcja narządu wzroku |  |
| 4. | Dysfunkcja narządów słuchu i mowy |  |
| 5. | Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe) |  |
| 6. | Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia |  |

1. **Sytuacja zawodowa.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Zatrudniony\*/prowadzący działalność gospodarczą\* |  |
| 2. | Osoba w wieku od lat 18 do 24 ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca\* |  |
| 3. | Bezrobotny poszukujący pracy\*/ rencista poszukujący pracy\* |  |
| 4. | Rencista\*/ emeryt\* nie zainteresowany podjęciem pracy |  |
| 5. | Dzieci, młodzież do lat 18 |  |

1.wstaw X we właściwej rubryce

\* niepotrzebne skreślić

 **Załączniki wymagane do wniosku**

1. kserokopia ważnego orzeczenia o niepełnosprawności lub innego dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność.
2. oświadczenie wnioskodawcy o wysokości dochodów (załącznik nr 1 ).
3. zaświadczenie lekarskie (załącznik nr 2).
4. **Informacje o korzystaniu ze środków PFRON**

|  |
| --- |
| Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON tak nie |
| Cel(nazwa programu i/lub nazwa zadania ustawowego w ramach, którego przyznana została pomoc) | Numer i data zawarcia umowy | Wysokość przyznanych środków | Kwota rozliczona |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Posiadam/ nie posiadam\* wymagalne zobowiązania wobec Funduszu.  |

1. **Przedmiot dofinansowania.**

 **Wykaz sprzętu rehabilitacyjnego oraz cena:**

 ……………………………………………………………………………………………........

 ……………………………………………………………………………………………........

 …………………………………………………………………………………………….........

1. **Koszt zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.**

 **Całkowity koszt zakupu sprzętu rehabilitacyjnego:**

………………………….zł, słownie: …………………………………………..……………..

 **Deklarowany udział własny** (minimum 40% całkowitego kosztu)

 ………………………….zł, słownie: ……………………………………..…………………..

 **Wnioskowana kwota dofinansowania** (maksymalnie 60% całkowitego kosztu)

 ………………………….zł, słownie: ……………………………………..…………………..

1. **Uzasadnienie składanego wniosku.**

 ………………………………………………………………………………………………...

 ………………………………………………………………………………………………...

 ………………………………………………………………………………………………..

 ………………………………………………………………………………………………...

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych ( Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 i Nr 153, poz. 1271)

**Oświadczam, że posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego sprzętu oraz informacje podane we wniosku są zgodne z prawdą.**

………………………. dnia ………………………. . ………………………………………

 **(**czytelny podpis Wnioskodawcy)

 **Opinia PCPR**

……………………………………………………………………………………………………...

 ……………………………………………………………………………………………………...

 **Przyznana kwota dofinansowania:**

 ……………………..zł, słownie: ………………………………………………………………….

  **Załącznik nr 1**

 Do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON

 Do zaopatrzenia osób niepełnosprawnych

 w sprzęt rehabilitacyjny

**Oświadczenie**

**Wnioskodawcy o dochodach**

Dla: Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Brzesku

Ja niżej podpisany(a) ……………………………………………………………………………

Zamieszkały (a) ………………………………………………………………………………...

Oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię | Nazwisko | Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą | Średni miesięczny dochód\* |
| Dane dotyczące Wnioskodawcy |
| 1.  |  | X |  |
| Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa: |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
|  **RAZEM** |  |

Oświadczam, że:

1. średni miesięczny dochód\* przypadający na jedną osobę we wspólnym gospodarstwie domowym wyniósł …………………… zł
2. w przypadku jakiejkolwiek zmiany dochodów, dostarczę do PCPR aktualne oświadczenie o dochodach.

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

………………………………… …………………………………………….

 miejscowość i data podpis Wnioskodawcy lub przedstawiciela ustawowego

**\* dochód w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych, pomniejszony o :**

 **- obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych,**

 **- składkę z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego**

 **określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych,**

 **- kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym**

 **gospodarstwie domowym na rzecz innych osób,**

**obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek.**

 **Załącznik nr 2**

 Do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON

 do zaopatrzenia osób niepełnosprawnych

 w sprzęt rehabilitacyjny

**……………………………………………**

 pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

 lub praktyki lekarskie

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia**

wydane dla potrzeb PCPR w Brzesku

Imię i nazwisko …………………………………………………………………………………

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

1. Rozpoznanie i opis choroby zasadniczej.

……………………………………………………………………………………………….......

……………………………………………………………………………………………….......

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

1. Opis schorzenia będącego przyczyną niepełnosprawności.

…………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………....

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

1. Zalecany sprzęt rehabilitacyjny stosowany do potrzeb wynikających z niepełnosprawności.

………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………….

………………………................ …………………………………………

 miejscowość i data pieczątka podpis lekarza specjalisty