

**WNIOSEK**  
**o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt**  
**rehabilitacyjny indywidualnych osób niepełnosprawnych**

**1. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY**

**Dane personalne osoby, której zostanie przeznaczony sprzęt rehabilitacyjny**

IMIĘ..... NAZWISKO .....

DATA URODZENIA .....

DOWÓD OSOBISTY: SERIA ..... NUMER .....

WYDANY W DNIU .....WAŻNY DO DNIA .....

WYDANY PRZEZ .....

PESEL ..... NIP .....

**Adres zamieszkania**

MIEJSCOWOŚĆ ..... KOD POCZTOWY .....

ULICA ..... NR DOMU ..... NR MIESZKANIA .....

TELEFON KONTAKTOWY .....

**Dane personalne ( prawnego opiekuna / osoby upoważnionej)**

IMIĘ..... NAZWISKO .....

DATA URODZENIA .....

DOWÓD OSOBISTY: SERIA ..... NUMER .....

WYDANY W DNIU .....WAŻNY DO DNIA .....

WYDANY PRZEZ .....

PESEL ..... NIP .....

**Adres zamieszkania prawnego opiekuna / osoby upoważnionej**

MIEJSCOWOŚĆ ..... KOD POCZTOWY .....

ULICA ..... NR DOMU ..... NR MIESZKANIA .....

TELEFON KONTAKTOWY .....

**Orzeczenie o niepełnosprawności**

GRUPA/ STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI .....

WAŻNOŚĆ ORZECZENIA:

- NA STAŁE

- OKRESOWO DO DNIA .....

***OŚWIADCZAM, IŻ MOJE WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE, TWORZĄ NASTĘPUJĄCE OSOBY :***

Lp.	Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą	Imię	Nazwisko	Wiek	Dochód miesięczny netto
1.	Wnioskodawca				
2.		<b>UWAGA!</b>			
3.		Nie należy wpisywać imion i nazwisk osób, z którymi prowadzi się wspólne gospodarstwo domowe. Należy podać tylko ich wiek, stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą i dochód miesięczny.			
4.					
5.					
6.					
				Łączny przeciętny miesięczny dochód rodziny (netto)	

Oświadczam, że w **kwartale poprzedzającym** miesiąc, w którym składany jest wniosek **przeciętny miesięczny dochód (NETTO)** przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wyniósł:

Wnioskodawca zobowiązany jest dostarczyć **DO WGLĄDU DOWODY POTWIERDZAJĄCE WYSOKOŚĆ UZYSKIWANYCH DOCHODÓW**

**Przeciętny miesięczny dochód** w rozumieniu *przepisów o świadczeniach rodzinnych*. Przy ustalaniu dochodu w rodzinie Wnioskodawcy, **nie uwzględnia się** zasiłków pielęgnacyjnych.

W przypadku podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą na podstawie, których przyznano środki finansowe PFRON, Wnioskodawca zobowiązany zostanie do zwrotu środków przekazanych przez PCPR wraz z odsetkami ustawowymi.

**2. PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA**

**OPIS SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....



## 6. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

- Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi
- Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa banku i numer rachunku bankowego wnioskodawcy lub osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę

.....  
podać imię i nazwisko właściciela rachunku bankowego

.....  
podać adres właściciela rachunku bankowego

Nazwa banku	Nr konta bankowego

1. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej przewidzianej w art.233§ 1 i § 2 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeksu Karnego (t.j. Dz. U. 2016 poz. 1137) za złożenie fałszywych zeznań i zatajenie prawdy. Art.233 K.K. § 1 – Kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

2. Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018 poz. 1000).

3. Oświadczam, że nie posiadam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

4. Oświadczam, że nie byłem/am w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy zawartej z Państwowym Funduszem Osób Niepełnosprawnych i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie. W przypadku złożenia fałszywych zeznań kwota dofinansowania ze środków PFRON w/w zadania podlega zwrotowi w terminie wskazanym przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Głubczycach.

5. Oświadczam, że zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej o zakresie ochrony danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Głubczycach oraz znam przysługujące mi prawa.

6. Oświadczam, iż nie prowadzę działalności gospodarczej związanej z rehabilitacją i przedmiot dofinansowania będę używać zgodnie z przeznaczeniem według wskazań do potrzeb własnych związanych z niepełnosprawnością.

.....  
Data

.....  
Czytelny podpis Wnioskodawcy/ Przedstawiciela Ustawowego  
Opiekuna Prawnego/ Pełnomocnika

### WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

1. Kserokopie ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego lub kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności.
2. Zaświadczenie lekarza specjalisty ( załącznik nr 1 )
3. Kosztorys dotyczący wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**  
**wydane dla potrzeb PFRON**  
**w celu dofinansowania do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego**  
**(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)**

Imię i nazwisko pacjenta.....  
Pesel..... Data urodzenia.....  
Adres zamieszkania.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej.....  
.....

2. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz chorób współistniejących.....  
.....

3. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny.....  
.....

Wnioskodawca jest osobą leżącą \*  TAK  NIE

Wnioskodawca porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego \*  TAK  NIE

**4. UZASADNIENIE**

**Wnioskodawca wymaga sprzętu rehabilitacyjnego (jakiego, wymienić) i zachodzi  
potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu**

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

**Sprzęt ten jest niezbędny dla wnioskodawcy w celu rehabilitacyjnym.**

.....  
( miejscowość i data)  
\* zaznaczyć właściwie

.....  
( pieczęć i podpis lekarza specjalisty)