**Data wpływu: Nr sprawy:**

**WNIOSEK**

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

**Część A – DANE WNIOSKODAWCY**

|  |  |
| --- | --- |
| **I. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY** | |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Imię:** |  |
| **Drugie imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **Imię ojca:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Płeć:** | mężczyzna  kobieta |
| **Dowód osobisty – Seria (o ile dotyczy):** |  |
| **Dowód osobisty – Numer (o ile dotyczy):** |  |
| **Dowód osobisty – Wydany przez (o ile dotyczy):** |  |
| **Dowód osobisty – Data wydania (o ile dotyczy):** |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** | |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Rodzaj miejscowości:** | * miasto * wieś |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |

**II. DANE PODOPIECZNEGO**

* Nie dotyczy

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa pola** | **Wartość** | |
| **Imię:** |  | |
| **Drugie imię:** |  | |
| **Nazwisko:** |  | |
| **Imię ojca:** |  | |
| **PESEL:** |  | |
| **Data urodzenia:** |  | |
| **Płeć:** | mężczyzna  kobieta | |
| **Dowód osobisty – Seria dowodu:** |  | |
| **Dowód osobisty – Numer dowodu:** |  | |
| **Dowód osobisty – Wydany przez:** |  | |
| **Dowód osobisty – Data wydania:** |  | |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** | | |
| **Nazwa pola** | | **Wartość** |
| **Miejscowość:** | |  |
| **Ulica:** | |  |
| **Nr domu:** | |  |
| **Nr lokalu:** | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |
| **OPIEKUN USTANOWIONY/USTANOWIONA** | |

* Przedstawicielem ustawowym
* Opiekunem prawnym:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Postanowieniem Sądu Rejonowego:** |  |
| **Z dnia:** |  |
| **Sygnatura akt:** |  |

 Pełnomocnikiem, na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Imię i nazwisko:** |  |
| **Z dnia:** |  |
| **Repetytorium nr:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **III. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** | |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Stopień niepełnosprawności:** | * Znaczny * Umiarkowany * Lekki * Nie dotyczy |
| **Grupa inwalidzka:** | * I grupa * II grupa * III grupa * nie dotyczy |

|  |  |
| --- | --- |
| **Niezdolność:** | * Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji * Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny * Osoby całkowicie niezdolne do pracy * Osoby częściowo niezdolne do pracy * Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym * Nie dotyczy |
| **Osoby w wieku do 16 lat posiadające orzeczenie o niepełnosprawności:** | * Tak * Nie dotyczy |

## RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

* Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
* Inna dysfunkcja narządu ruchu
* Dysfunkcja narządu wzroku
* Dysfunkcja narządu słuchu i mowy
* Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)
* Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia
* Inny / jaki?

## IV. 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
* Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
* Dzieci i młodzież do lat 18
* Inne / jakie?

## V. SYTUACJA MIESZKANIOWA – ZAMIESZKUJE

* samotnie
* z rodziną
* z osobami niespokrewnionymi

|  |
| --- |
| **VI. OSOBY POZOSTAJĄCE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z WNIOSKODAWCĄ ORAZ OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI ICH DOCHODÓW**  **NETTO** |
| Przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych  i wychowawczych, pomniejszony o obciążenie podatkiem dochodowym osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych 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 we wspólnym gospodarstwie domowym,  obliczony za kwartał (trzy miesiące) poprzedzające miesiąc, w którym składany jest wniosek (netto). |

|  |
| --- |
| **Przeciętny miesięczny dochód netto** |
| **1.** | **Wnioskodawca:** |  |
| **Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą:** | | **x** |
| **2.** |  |  |
| **3.** |  |  |
| **4.** |  |  |
| **5.** |  |  |
|  | **RAZEM** |  |

## VII. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

**Na dofinansowanie do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny ze środków finansowych PFRON:**

* nie korzystałem
* korzystałem

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **VIII. CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON** | | | | |
| **Cel dofinansowania** | **Nr umowy** | **Data zawarcia umowy** | **Kwota dofinan- sowania** | **Stan rozliczenia** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

# Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

|  |  |
| --- | --- |
| **I. PRZEDMIOT WNIOSKU** | |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:** |  |
| **Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):** |  |
| Słownie: |  |
| **Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:** |  |
| Słownie: |  |
| **co stanowi 80 % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:** |  |
| **Deklarowane środki własne:** |  |
| **Miejsce realizacji:** |  |

## II. UZASADNIENIE

**Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE RACHUNKU BANKOWEGO** | |
| na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku | |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Numer rachunku bankowego:** |  |
| **Nazwa banku:** |  |

* **Czy Wnioskodawca posiada zaległości wobec PFRON?** TAK NIE
* **Czy Wnioskodawca w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku był stroną umowy zawartej z PFRON   
  i rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy ?** TAK NIE

**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.
* **Uprzedzony/uprzedzona 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 1997 r., o ochronie danych osobowych.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Miejscowość* | *Data* | *podpis Wnioskodawcy, \*Przedstawiciela ustawowego, \*Opiekuna prawnego* |
|  |  |  |

Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art.5 pkt 1a, lub   
   art. 62 ustawy\*\*, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r.
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację, iż zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji   
   w warunkach domowych przy użyciu wnioskowanego sprzętu (druk w załączeniu).
3. Kopia pełnomocnictwa lub postanowienia o ustaleniu opiekuna prawnego jeśli taki został ustanowiony.
4. Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych (druk w załączeniu).

\*\* ustawa z 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U.2019 poz.1172)