nr wniosku PON.4507-………./…..

**WNIOSEK**

**o dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny ze środków**

**Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

**UWAGA!!!**

**ZAKUPU SPRZĘTU DOKONUJE SIĘ PO PODPISANIU UMOWY NA WNIOSKOWANY SPRZĘT**

**Część A – DANE WNIOSKODAWCY**

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY** | |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Imię:** |  |
| **Drugie imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
|  | **ADRES ZAMIESZKANIA** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:**  **Poczta:** |  |
| **Nr telefonu:**  **Adres e-mail:**  ***POUCZENIE:*** *podanie niniejszych danych ( telefon i adres e-mail) jest dobrowolne i stanowi wyraźne działanie wnioskodawcy potwierdzające i przyzwalające na przetwarzanie dotyczących jej danych osobowych* |  |

**ADRES KORESPONDENCYJNY**

 Taki sam jak adres zamieszkania

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:**  **Poczta:** |  |
| **DAN** | **E PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Imię:** |  |
| **Drugie imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO** | |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:**  **Poczta:** |  |
| **Nr telefonu:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** | |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:** | * tak * nie |
| **Stopień niepełnosprawności:** | * Znaczny * Umiarkowany * Lekki * Nie dotyczy |
| **Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:** | * bezterminowo * okresowo – do dnia: |
| **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 |
| **Rodzaj niepełnosprawności:** | * 01-U – upośledzenie umysłowe * 02-P – choroby psychiczne * 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu * osoba głucha * osoba głuchoniema * 04-O – narząd wzroku * osoba niewidoma * osoba głuchoniewidoma * 05-R – narząd ruchu * wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego * dysfunkcja obu kończyn górnych * 06-E – epilepsja * 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia * 08-T – choroby układu pokarmowego * 09-M – choroby układu moczowo-płciowego * 10-N – choroby neurologiczne * 11-I – inne * 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe |
| **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:** | * tak * nie |
| **Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):** | * 2 przyczyny * 3 przyczyny |

## 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?

# ŚREDNI MIESIĘCZNY DOCHÓD NETTO NA OSOBĘ W GOSPODARSTWIE WNIOSKODAWCY

oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód**, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych 1, **podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym,** obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił ................................... złotych.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym ....................

1. Ustawa z dnia 28.11.2003 roku o świadczeniach rodzinnych ( DZ.U.2020.111 t.j.)

# KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

**Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON**

**( w ciągu ostatnich trzech lat przed złożeniem wniosku):**

* 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** |
| **Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:** | |  |  |
| **Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):** | |  |  |
| **Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON – maksymalnie 80%:** | |  |  |
| **Miejsce realizacji:** | |  |  |
| **Cel dofinansowania:** | |  |  |
| **Uzasadnienie:** |  | | |

**FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH**

* Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Właściciel konta (imię i nazwisko):** |  |
| **Nazwa banku:** |  |
| **Nr rachunku bankowego:** |  |

* Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

***zgoda właściciela rachunku bankowego na przetwarzanie danych osobowych\****

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, ja niżej podpisana/ny …………………………………. ……………………………………………………….……………………………………………

*(imię i nazwisko osoby udzielającej zgody)*

wyrażam niniejszym dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie imienia i nazwiska, adresu oraz numeru rachunku bankowego przez Administratora w celu przekazania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych dla ……………………………………………………………….……………

*(imię i nazwisko Wnioskodawcy)*

..............................................................  
 Data i podpis osoby udzielającej zgody

**Przyjmuję do wiadomości, że:**

1. Rozpatrzeniu będą podlegały jedynie kompletne i prawidłowo wypełnione wnioski.
2. Dofinansowaniu nie podlegają przedmioty zakupione przed dniem podpisania umowy.
3. Wszelkie zmiany we wniosku oraz rezygnacje należy zgłaszać w formie pisemnej.
4. W przypadku gdy PCPR w Bolesławcu poweźmie wątpliwość odnośnie podanych we wniosku o dofinansowanie danych, w szczególności co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, mających wpływ na przyznanie dofinansowania, wezwie wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie, nie dłuższym niż 14 dni, licząc od dnia otrzymania wezwania, wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.

**Oświadczenia**:

1. Zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną –art.13 ust.1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27.04.2016 r.
2. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, nie byłam (em) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
3. Ja niżej podpisany(a) pouczony(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego\* za składanie fałszywych zeznań, składam stosowane do art. 75 § 2 Kodeksu postępowania administracyjnego oświadczenie, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

\* art.233 § 1 Kodeksu Karnego „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.”

1. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie niezbędnych kontroli w ramach realizacji wniosku i umowy.
2. Oświadczam, że nie posiadam sprzętu (urządzenia), o który ubiegam się tym wnioskiem.

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

(miejscowość) (data) Podpis osoby z niepełnosprawnością lub osoby uprawnionej do

składania podpisów w imieniu osoby z niepełnosprawnością

**Do wniosku należy dołączyć:**

1. Kserokopię ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego.
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności (druk   
   w załączeniu).
3. Kopię pełnomocnictwa lub postanowienia o ustaleniu opiekuna prawnego jeśli taki został ustanowiony.
4. Oferta cenowa na sprzęt rehabilitacyjny.
5. Akt urodzenia lub dokument upoważniający do pełnienia opiekinad dzieckiem w przypadku wniosku dot. niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej.

|  |
| --- |
| **WYPEŁNIA PRACOWNIK PCPR:**  Stwierdzam kompletność wniosku wraz z załącznikami.  ............................................................... ..........................................................................................  data pieczęć i podpis pracownika PCPR |
| Maksymalna wysokość dochodu uprawniająca do otrzymania dofinansowania w momencie złożenia wniosku do PCPR w Bolesławcu dla:  - osoby samotnej: …………………………………………………………………………………………………  - osoby prowadzącej wspólne gospodarstwo domowe: ………………………….............................................. |

Załącznik do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON do sprzętu rehabilitacyjnego

……………………………………. ……………………………………

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**wydane dla potrzeb PCPR w sprawie dofinansowania z pieniędzy PFRON sprzętu rehabilitacyjnego**

**(PROSIMY WYPEŁNIĆ CZYTELNIE I W JĘZYKU POLSKIM)**

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

zamieszkała(y)………………………………………………………………………………........................

PESEL ……………………………………………………………………………………………………….

Rozpoznanie lekarskie i rodzaj schorzenia:

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

Wymaga zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny (proszę wymienić jaki):

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

….…………………………….

*(pieczątka i podpis lekarza)*

Zgodnie z § 5 ust. 1 pkt.1 lit b Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych o dofinansowanie ze środków Funduszu zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, **jeśli zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu.**