

Nr sprawy PCPR.55.2. .... .201.....

Wniosek kompletny przyjęto do PCPR w Nidzicy  
w dn. ....

Pieczętka i podpis pracownika PCPR

## W N I O S E K

### o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kosztów zaopatrzenia osób niepełnosprawnych w sprzęt rehabilitacyjny

*(proszę wypełnić drukowanymi literami)*

#### I. Dane dotyczące Wnioskodawcy

Imię i nazwisko: ..... Imię ojca: .....  
Data i miejsce urodzenia: .....  
PESEL: ..... NIP: .....  
Dowód osobisty; seria: ..... nr: ..... wydany w dniu: .....  
przez: .....  
Dokładny adres zamieszkania: .....  
..... telefon: .....

#### **Przedstawiciel ustawowy, rodzic (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik:**

Imię i nazwisko: ..... Imię ojca: .....  
Data i miejsce urodzenia: .....  
PESEL: ..... NIP: .....  
Dowód osobisty; seria: ..... nr: ..... wydany w dniu: .....  
przez: .....  
Dokładny adres zamieszkania: .....  
..... telefon: .....  
ustanowiony opiekunem\* / pełnomocnikiem\* .....  
(postanowienie Sądu Rejonowego z dn. .... sygn. akt:..... /  
na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza .....  
z dn. .... Repertorium nr .....).

**I.A. Stopień niepełnosprawności\*\***

|    |  |  |
|----|--|--|
| 1. | Znaczny;<br>inwalida I grupy;<br>osoba całkowicie niezdolna do pracy i niezdolna do samodzielnej egzystencji;<br>osoba stale albo długotrwale niezdolna do pracy w gospodarstwie rolnym,<br>której przysługuje zasiłek pielęgnacyjny ( <i>orzeczenie wydane przed 01.01.1998 r.</i> )<br>dzieci w wieku do lat 16 z orzeczeniem o niepełnosprawności |  |
| 2. | Umiarkowany;<br>inwalida II grupy;<br>osoba całkowicie niezdolna do pracy  |  |
| 3. | Lekki;<br>inwalida III grupy;<br>osoba częściowo niezdolna do pracy;<br>osoba stale albo długotrwale niezdolna do pracy w gospodarstwie rolnym<br>( <i>orzeczenie wydane przed 01.01.1998 r.</i> )   |  |

**I. B. Rodzaj niepełnosprawności (określony w orzeczeniu)\*\***

|    |   |  |
|----|---|--|
| 1. | <b>05-R</b> – upośledzenie narządu ruchu                                    |  |
| 2. | <b>10-N</b> – choroby neurologiczne   |  |
| 3. | <b>07-S</b> – choroby układu oddechowego i krążenia                         |  |
| 4. | inny rodzaj niepełnosprawności określony w orzeczeniu, jaki? .....<br>..... |  |

**I.C. 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 i młodzież do lat 18  |  |

**II. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

| Wyszczególnienie   | nr i data zawarcia umowy | wysokość przyznanego dofinansowania |
|--|--------------------------|-------------------------------------|
| <b>Korzystałem(am)* / nie korzystałem(am)* z dofinansowania ze środków PFRON</b> |                          |                                     |
| Korzystałem(am)* na: .....<br>..... i rozliczyłem się                            | .....<br>.....           | ..... zł                            |
| Korzystałem(am)* na: .....<br>..... i jestem w trakcie rozliczenia               | .....<br>.....           | ..... zł                            |
| Korzystałem(am)* na: .....<br>..... i nie rozliczyłem się                        | .....<br>.....           | ..... zł                            |

### III. Sytuacja materialna

#### O Ś W I A D C Z E N I E

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych informacji oświadczam, że:

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

**Przeciętny miesięczny dochód**, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek wynosi:

| Lp.  | Imię i nazwisko – stopień pokrewieństwa | Źródło dochodów | Średni miesięczny dochód |
|--|---|-----------------|--------------------------|
| <b>Dane dotyczące Wnioskodawcy:</b>                          |   |                 |                          |
| 1.   |   |                 |                          |
| <b>Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego:</b> |   |                 |                          |
| 2.   |   |                 |                          |
| 3.   |   |                 |                          |
| 4.   |   |                 |                          |
| 5.   |   |                 |                          |
| 6.   |   |                 |                          |
| 7.   |   |                 |                          |
| 8.   |   |                 |                          |
| Razem dochód osób wspólnie gospodarujących                   |   |                 |                          |
| <b>Dochód na jednego członka gospodarstwa domowego</b>       |   |                 |                          |

#### IV. Przedmiot i wnioskowana kwota dofinansowania:

1) **Przewidywany całkowity koszt zakupu sprzętu rehabilitacyjnego:** ..... zł

2) **Wnioskowana kwota dofinansowania** (nie więcej niż 80% przewidywanych kosztów):

..... zł (słownie złotych: .....

.....)

**z przeznaczeniem na dofinansowanie:** .....

.....

.....

.....

(nazwa sprzętu rehabilitacyjnego)

3) **Oświadczam, że posiadam środki własne w wysokości:** ..... zł  
**na pokrycie 20% kosztów realizacji zadania.**

4) Dodatkowo deklaruję udział własny w kosztach realizacji zadania - ponad obowiązkowe 20%:

..... % ..... zł.

#### V. Nazwa i nr konta bankowego, na które ma zostać przekazane dofinansowanie:

.....

(należy wskazać numer konta bankowego osobistego lub numer konta bankowego Sprzedawcy)

## VI. Cel dofinansowania i miejsce realizacji zadania:

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

## VII. Informacje dodatkowe\*\*

Jestem kombatantem/kombatantką\*, wdowcem/wdową\* po kombatancie:  TAK  NIE

**Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz nie byłem/am\* w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy zawartej o dofinansowanie ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych znajdujących się w bazie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nidzicy, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135).

Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

**Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek złożony w dniu ..... r. zostanie rozpatrzone po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i po podjęciu uchwały przez Radę Powiatu w Nidzicy o podziale środków na zadania z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych na rok 20.....**

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(czytelny podpis Wnioskodawcy\*, pełnomocnika\*  
przedstawiciela ustawowego\*, opiekuna prawnego\*)

\* niepotrzebne skreślić

\*\* proszę wstawić X we właściwej rubryce

### Załączniki do wniosku:

- 1) Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr z 2011 r. 127 poz. 721 z późn. zm.), a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopia orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydane przed dniem 1 stycznia 1998 r.
- 2) Aktualne zaświadczenie lekarskie lekarza specjalisty uzasadniające konieczność zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny i prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych (**ważne 3 miesiące od daty wydania**), na załączonym formularzu.
- 3) Zaświadczenie/oświadczenie o dochodach Wnioskodawcy i osób wspólnie prowadzących gospodarstwo domowe za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.
- 4) Oferta cenowa / faktura pro forma.

**Adnotacje przyjmującego wniosek:**

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

.....  
(data i podpis)

**I. Ocena zasadności wniosku:**

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

.....  
(data i podpis)

**II. Opinia Komisji ds. opiniowania wniosków o dofinansowanie kosztów zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny:**

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

.....  
(data i podpisy)

**III. Decyzja o przyznaniu dofinansowania:**

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

.....  
(data i podpis)

*\* niepotrzebne skreślić*