

Nr sprawy
Data wpływu
(wypełnia PCPR)

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON ZAOPATRZENIA
W SPRZĘT REHABILITACYJNY**

I. DANE OSOBOWE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ:

Nazwisko i imię
Data urodzenia PESEL
Adres zamieszkania
.....
Nr telefonu
Dowód osobisty: seria Nr
Wydany przez
Dnia

II. DANE OSOBOWE OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA:

Nazwisko i imię
Adres zamieszkania
.....
PESEL Nr telefonu
Dowód osobisty: seria Nr
Wydany przez
Dnia

II. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:

Znaczny/ I grupa	
Umiarkowany/ II grupa	
Lekki/ III grupa	
Osoby niepełnosprawne w wieku do lat 16	

IV. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (wymienić schorzenia):

.....
.....

V. SYTUACJA ZAWODOWA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ (proszę wstawić znak X we właściwej rubryce):

Zatrudniony*/ prowadzący działalność gospodarczą*	
Bezrobotny* poszukująca pracy/ rencista poszukujący pracy*	
Rencista*/ emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy*	
Dzieci i młodzież do 18 roku życia	
Młodzież od 18 do 25 roku życia ucząca się	

* niepotrzebne skreślić

VI. RODZAJ (NAZWA) SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO

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

VII. UZASADNIENIE ZAKUPU SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO:

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

VIII. PRZEWIDYWANY KOSZT REALIZACJI ZADANIA:

Przewidywany koszt realizacji zadania (100% ceny brutto)	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON (do 80% kosztów przedsięwzięcia, nie więcej niż do wysokości pięciokrotnego przeciętnego wynagrodzenia)	
Udział własny (nie mniej niż 20%)	

IX. FORMA PRZEKAZANIA PRZYZNANEGO DOFINANSOWANIA:

- przelew na konto Wnioskodawcy

.....
(nr konta)

- przelew na konto opiekuna prawnego lub pełnomocnika:

.....
(nr konta)

- przelew na konto osoby wskazanej przez Wnioskodawcę:

Nazwisko Imię

Adres zamieszkania

.....

Nr konta

- na konto realizatora zlecenia podane na dowodzie zakupu;

- wypłata w formie gotówki.

- Upoważniam do odbioru gotówki w moim imieniu Panią/Pana:

Nazwisko Imię

Nr PESEL

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 wynosi:

.....

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym

1. Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2017 r. poz. 2204 z późn. zm.) **oświadczam**, że dane umieszczone we wniosku oraz załącznikach są zgodne z prawdą.
2. **Oświadczam**, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i powiatu kwidzyńskiego oraz, że nie byłam/byłem w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku dla celów realizacji programu dofinansowania do zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze zgodnie z art. 13 ust 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.
4. Zobowiązuję się do pisemnego poinformowania Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kwidzynie o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku w terminie 14 dni od zmiany.
5. Zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany, że złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania. Wniosek złożony w bieżącym roku kalendarzowym nie przechodzi na rok następny.
6. **Oświadczam**, że zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana o zasadach dofinansowania i rozliczenia środków Funduszu przyznanych na zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny, i że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy.
7. **Oświadczam**, że posiadam własne środki finansowe w kwocie co najmniej 20% kosztów przedsięwzięcia.

.....
(podpis Wnioskodawcy, opiekuna prawnego lub pełnomocnika)

Załączniki do wniosku (wypełnia PCPR):

- Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, orzeczenia o niepełnosprawności (dzieci do lat 16) lub orzeczenia równoważnego.
 - Dowód osobisty do wglądu.
 - Oferta cenowa dotycząca zakupu wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego.
 - Aktualne zaświadczenie lekarskie uzasadniające konieczność zakupu wnioskowanego sprzętu oraz konieczność prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych (załącznik do wniosku).
 - Kopię dokumentu potwierdzającego pełnienie funkcji opiekuna prawnego (oryginał do wglądu).
 - W przypadku reprezentowania Wnioskodawcy przez pełnomocnika – pełnomocnictwo notarialne (kopia, oryginał do wglądu).
 - W przypadku osób pomiędzy 18 a 25 rokiem życia i uczących się, zaświadczenie o kontynuowaniu nauki.
-

DECYZJA POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kwidzynie po rozpatrzeniu wniosku i załączonych dokumentów stwierdza zgodność z wymogami programu i podejmuje decyzję:

- pozytywną i przyznaje Pani/Panu dofinansowanie ze środków PFRON w kwocie:
..... zł (słownie:
.....
- negatywną (z powodu)
.....
.....

.....
data (dzień, miesiąc, rok)

.....
(pieczęć i podpis kierownika PCPR)

.....
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

ZASWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kwidzynie
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Nazwisko i imię

Adres zamieszkania

PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....
.....

2. Uszkodzenie narządów i układów oraz choroby współistniejące:

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

3. Rodzaj niepełnosprawności (zaznaczyć właściwe i opisać):

- dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim;
- wrodzony brak lub amputacja kończyn: jednej kończyny górnej, jednej kończyny dolnej, obu kończyn górnych, obu kończyn dolnych;
- osoba z dysfunkcją kończyn: jednej kończyny górnej, jednej kończyny dolnej, obu kończyn górnych, obu kończyn dolnych;
- znaczny niedowład: jednej kończyny górnej, jednej kończyny dolnej, obu kończyn górnych, obu kończyn dolnych;
- inna dysfunkcja narządu ruchu w zakresie
- inne schorzenia (jakie?)

4. Istnieje konieczność zakupu sprzętu rehabilitacyjnego w postaci:

.....
.....

5. Istnieje konieczność prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych ze względu na:

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

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)