

.....
data wpływu

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

1. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

Imię Nazwisko

Adres zamieszkania

Dokument potwierdzający tożsamość

seria numer wydany w dniu

przez..... ważny do dnia

PESEL

Stopień niepełnosprawności

Telefon kontaktowy

Dane osoby reprezentującej Wnioskodawcę

Imię Nazwisko

Adres zamieszkania

Dokument potwierdzający tożsamość

seria numer wydany w dniu

przez ważny do dnia

PESEL

Telefon kontaktowy

2. CEL DOFINANSOWANIA

Opis sprzętu rehabilitacyjnego:

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

3. UZASADNIENIE SKŁADANEGO WNIOSKU

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

4. KOSZT ZAKUPU SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO

Całkowity koszt zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

..... zł, słownie:

Deklarowany udział własny (minimalnie 20 % kosztu całkowitego)

..... zł, słownie:

Wnioskowana kwota dofinansowania (maksymalnie 80 % kosztu całkowitego)

..... zł, słownie:

5. INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON DO ZAOPATRZENIA W SPRZĘT REHABILITACYJNY (w ciągu ostatnich 3 lat)

- nazwa sprzętu rehabilitacyjnego

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

.....
miejsowość i data

.....
podpis Wnioskodawcy lub przedstawiciela
ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika

UWAGA

Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania

6. ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU

- Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub innego równoważnego orzeczenia, o którym mowa w art.1 lub art.62 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej (Dz. U. 2011 r. Nr 127, poz. 721 z późn. zm.), a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopia orzeczenia wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r. (oryginał do wglądu),
- oświadczenie wnioskodawcy o wysokości dochodów /załącznik nr 1/,
- zaświadczenie lekarskie /załącznik nr 2/,
- 2 oferty cenowe na wnioskowany sprzęt rehabilitacyjny wraz z jego opisem wystawione przez dwóch różnych sprzedawców.

OŚWIADCZENIE
Wnioskodawcy o dochodach we wspólnym gospodarstwie domowym

Ja, niżej podpisana/y

zamieszkała/y.....

Liczba osób zamieszkujących we wspólnym gospodarstwie domowym

Przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, oznacza dochód podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód (netto) przypadający na jedną osobę wynosi: zł

Upředzona/y o odpowiedzialności w tym także karnej, za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.

Jestem świadoma/y odpowiedzialności, w tym także karnej, za złożenie fałszywego oświadczenia.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Bochni.

Uwaga: Informujemy, że w przypadku braku środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania.

Bochnia, dn.

.....

czytelny podpis

- Średni miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych, pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb PCPR w Bochni

**dofinansowanie ze środków
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny**
/PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE ZAŚWIADCZENIA W JĘZYKU POLSKIM/

Imię i nazwisko

Data urodzenia i PESEL

1. Rozpoznanie i opis choroby zasadniczej

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

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia niepełnosprawności

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

3. Zalecany sprzęt rehabilitacyjny stosowny do potrzeb wynikających z niepełnosprawności

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

4. Zachodzi /nie zachodzi*/ potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu.

.....
miejsce i data

.....
pieczętka i podpis lekarza specjalisty rehabilitacji

* właściwe podkreślić