

3. Inne umowy dofinansowania ze środków PFRON jakie przyznano wnioskodawcy
(w okresie ostatnich 3 lat):

Lp.	Numer umowy	Kwota dofinansowania	Cel na jaki przyznano dofinansowanie	Data umowy (przynajmniej rok)	Stan rozliczenia
1.					
2.					

B. INFORMACJE O PRZEDMIOCIE WNIOSKU:

1. Przedmiot dofinansowania :

.....

2. Przeznaczenie wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego:

.....

.....

3. Uzasadnienie wniosku (spodziewany wpływ wykorzystania sprzętu rehabilitacyjnego na poprawę sprawności psychofizycznej Wnioskodawcy):

.....

.....

.....

4. Miejsce realizacji zadania

5. Przewidywany koszt zakupu sprzętu zł

6. Kwota wnioskowanego dofinansowania: zł

co stanowi % ceny zakupu sprzętu.

7. Udział własny w zakupie sprzętu: zł

to jest % ceny zakupu sprzętu.

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

1. Wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych, w bazie danych PCPR w Zwoleniu, dla potrzeb wynikających z realizacji zadań z dofinansowaniem ze środków PFRON, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 1997 Nr 133 poz. 883 z późn. zm.).
2. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy (art.233 § 1 Kodeksu Karnego, Dz. U. Nr 88, poz. 533 z późn. zm. „Kto składając zeznanie mające służyć jako 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”).
3. Oświadczam, że nie mam zaległości w terminowym regulowaniu wymagalnych zobowiązań wobec PFRON.
4. W przypadku gdy Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zwoleniu poweźmie wątpliwość odnośnie do 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, wzywa wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie, nie dłuższym niż 14 dni, licząc od dnia otrzymania wezwania, wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.
5. W przypadku wykrycia faktu wprowadzenia w błąd organu rozpatrującego wniosek, podania nieprawdziwych informacji, zobowiązuję się do zwrotu pełnej kwoty udzielonego dofinansowania wraz z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonania przez PCPR płatności tego dofinansowania, w terminie wskazanym przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zwoleniu.
6. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować PCPR w ciągu 14 dni.

.....
/data i podpis Wnioskodawcy*

.....
przedstawiciela ustawowego*, opiekuna prawnego*/

*niepotrzebne skreślić

ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU :

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak/nie	Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		wypełnia PCPR	
1. Kopia orzeczenia o: - stopniu niepełnosprawności, bądź grupie inwalidzkiej, - niezdolności do pracy, - niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, - niepełnosprawności osoby do 16 roku życia.			
2. Kopia orzeczeń o stopniu niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą (w przypadku takich osób).			
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie – <u>koniecznie od lekarza specjalisty</u> (druk w załączeniu).			
4. Zaświadczenie o dochodach netto Wnioskodawcy i osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym <u>za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku</u>; - zaśw. z urzędu gminy o posiadanych bądź nie hektarach przeliczeniowych – dot. osób z obszarów wiejskich i inne.			
5. Oferty cenowe wnioskowanego sprzętu (co najmniej dwie).			
6. Kopia aktualnego dowodu osobistego Wnioskodawcy (w przypadku osoby pełnoletniej).			
7. Inne dokumenty			

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych we wniosku:

.....
(data i podpis pracownika PCPR)

C. WYNIKI ROZPATRZENIA WNIOSKU (wypełnia PCPR):

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

.....
(data i podpis kierownika PCPR)

Wniosek opracowano na podstawie Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dn. 25 czerwca 2002r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON (Dz. U. Nr 96, poz. 861 z późn. zm.).

UWAGA !!!

1. Podstawę dofinansowania zadań ze środków PFRON stanowi umowa zawarta przez Kierownika Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Zwoleniu z osobą niepełnosprawną lub jej przedstawicielem ustawowym, opiekunem prawnym.(§ 14 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 roku w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Powiatowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Dz. U. Nr 96 poz. 861 ze zmianami).
2. Dofinansowanie ze środków PFRON nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowaniu ze środków PFRON (§ 9 ust. 3 w/w Rozporządzenia).

Dochód – w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 28 listopada 2003 o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. Nr 228 poz. 2255 z późn. zm.) pomniejszony o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne oraz kwotę świadczonych alimentów i powiększony o dochody z działalności gospodarczej, dochody z gospodarstwa rolnego oraz inne dochody nieopodatkowane wymienione w niniejszej ustawie.

Zaświadczenie lekarskie

Proszę wypełnić czytelnie w języku polskim.

Imię i Nazwisko

Data i miejsce urodzenia Nr PESEL

Adres zamieszkania

Rozpoznanie:

.....

.....

Niepełnosprawność dotyczy narządu /układu

**SPRAWNOŚĆ KOŃCZYN
GÓRNYCH:**

- ☐ pełna
☐ częściowo ograniczona
☐ całkowicie niesprawne

**SPRAWNOŚĆ KOŃCZYN
DOLNYCH:**

- ☐ pełna
☐ częściowo ograniczona pomocą
☐ całkowicie niesprawne Pomocą

OSOBA PORUSZA SIĘ:

- ☐ samodzielnie
☐ z częściową pomocą
☐ wyłącznie z pomocą
☐ na wózku inwalidzkim
☐ jest osobą leżącą

ZAOPATRZENIE W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE:

1 oprotezowanie / zaopatrzenie kończyn górnych (jednostronne, obustronne)

2. oprotezowanie / zaopatrzenie kończyn dolnych (jednostronne, obustronne)

☐ wózek inwalidzki ☐ kule łokciowe ☐ inne (jakie)

ZALECANY SPRZĘT I PRZEWIDYWANE EFEKTY REHABILITACJI:

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

Stwierdzam, że zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu ww. sprzętu.

.....

data

.....

pieczęć i podpis lekarza specjalisty

Przedstawiciel ustawy (dla małoletniego Wnioskodawcy¹), opiekun prawny lub pełnomocnik

..... syn/ córka
imię (imiona) i nazwisko imię ojca

seria nr wydany w dniu przez
dowód osobisty

PESEL nr NIP

miejsowość ulica
nr domu nr lokalu
dokładny adres

nr kodu-..... poczta
powiat

województwo nr tel./ faxu (z nr. kier.)

ustanowiony opiekunem*/ pełnomocnikiem*
(*postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia sygn. akt*/ na mocy
pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza
z dnia repet. nr)*)

¹ - jeśli dotyczy

*- niepotrzebne skreślić