Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Myślenicach

..... DN – SR – 611 - _____/____
data przyjęcia

W N I O S E K

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osoby niepełnosprawnej

WNIOSKODAWCA (PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

IMIĘ I NAZWISKO	ADRES ZAMIESZKANIA
NUMER DOWODU OSOBISTEGO	NUMER PESEL
POSIADANE ORZEZCZENIE	NUMER TELEFONU KONTAKTOWEGO

Wykaz planowanego do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego od najważniejszego dla Wnioskodawcy – z podaniem uzasadnienia, w jaki sposób jego zakup poprawi sprawność psychofizyczną i jakość społecznego funkcjonowania Wnioskodawcy:

LP	PRZEDSIĘWZIĘCIE	UZASADNIENIE

DANE OPIEKUNA PRAWNEGO/KURATORA/PEŁNOMOCNIKA/PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO
(PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIE, DRUKOWANYMUI LITERAMI)

IMIE I NAZWISKO	*ADRES ZAMIESZKANIA*
NUMER DOWODU OSOBISTEGO	*NUMER PESEL*
NUMER TELEFONU KONTAKTOWEGO	_____ *Podpis wnioskodawcy/opiekuna prawnego kuratora/ /pełnomocnika/przedstawiciela ustawowego*

Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

1. zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny:	
1.1 nie korzystałem	
1.2 korzystałem (data dofinansowania)	
a) przedmiot dofinansowania	
b) kwota dofinansowania [zł]	
2. korzystałem na inne cele ustawowe i rozliczyłem się/jestem w trakcie rozliczania/nie rozliczyłem się	

Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wraz z wnioskodawcą	
Miesięczny dochód (NETTO) mojej rodziny obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek	
Kwota alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób	
Miesięczny dochód (NETTO) w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego	

Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.

Zostałem/am poinformowany/na o szczegółowych procedurach realizacji wniosku dotyczącego dofinansowania do sprzętu rehabilitacyjnego.

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuje się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

Uprzedzony/a o odpowiedzialności wynikającej z art.297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 06 czerwca 1997 r. – **Kodeks Karny (t. j. Dz. U. z 2016, poz. 1137) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.**

Pouczony o odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań, wynikających z art. 233 § 1 KK „ Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę – podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016, poz. 922 z późn. zm.)

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się informować w ciągu 7 dni od ich zaistnienia.

Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik (w przypadku z wnioskodawcą zamieszkują inne osoby niepełnosprawne – kopię ich orzeczeń)
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności (załącznik do wniosku)
3. Zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy
4. dowód osobisty wnioskodawcy i/lub opiekuna w przypadku gdy wpisany powyżej – do wglądu
5. kopia postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego/akt notarialny lub inny dokument stwierdzający, iż opiekun (o ile wypisany powyżej) sprawuje opiekę nad wnioskodawcą
6. kosztorys / oferta handlowa / faktura por-forma na zakup wybranego sprzętu – podbite pieczątką sprzedawcy

Data i czytelny podpis wnioskodawcy/
opiekuna prawnego/kuratora/pełnomocnika/
przedstawiciela ustawowego

_____

(stempel zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej)

Załącznik do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osoby niepełnosprawnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE NINIEJSZEGO DOKUMENTU W CELU PRAWIDŁOWEJ WERYFIKACJI DANYCH WNIOSKODAWCY

INIĘ I NAZWISKO PACJENTA	ADRES ZAMIESZKANIA
DATA URODZENIA	NUMER PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

……

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności

……
……
……

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące

……
……
……

4. Używane zaopatrzenie ortopedyczne/sprzęt rehabilitacyjne.

……
……

5. Konieczność zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny do prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych (uzasadnienie wymagane)

[ ] TAK (uzasadnienie)

……
……

[ ] NIE (uzasadnienie)

……
……

<u>Niepełnosprawność pacjenta dotyczy:</u>

[ ] dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
[ ] inna dysfunkcja narządu ruchu (jaka?)……
[ ] dysfunkcja narządu słuchu
[ ] dysfunkcja narządu mowy
[ ] dysfunkcja narządu wzroku
[ ] zaburzenia psychiczne
[ ] upośledzenie umysłowe
[ ] niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia

……
Pieczątka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie