

.....
(pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek)

.....
Data wpływu kompletnego wniosku

WNIOSEK O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON ZAOPATRZENIA W SPRZĘT REHABILITACYJNY

Dane osoby ubiegającej się o dofinansowanie

Imię i nazwisko	PESEL
Adres zamieszkania	Ulica/nr domu
Kod pocztowy	Miejscowość
Data urodzenia	telefon
Dowód osobisty (seria i numer)	Wydany przez:

Cel dofinansowania (nazwa sprzętu)

.....
.....

Przewidywany koszt realizacji zadania

(cena kosztu brutto) zł
(słownie zł)

Przyznane środki finansowe proszę przekazać w formie:

- wypłaty czeku gotówkowego w Banku Spółdzielczym
- przelewu na konto bankowe wystawcy faktury
- przelewu na konto osobiste w banku

Nazwa banku, numer rachunku bankowego Wnioskodawcy

.....
*właściwe zakreślić

Informacja o kwotach przyznanych wcześniej środków PFRON

Korzystałem/am ze środków PFRON Tak Nie Jeśli tak, podać na jaki cel:

Cel (nazwa programu i /lub zadania ustawowego, w ramach którego przyznana została pomoc	Nr i data zawarcia umowy	Kwota wykorzystana	Kwota rozliczona

Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON zł
(słownie)złoty

Oświadczam, że:

Nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz nie byłem/am w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczenie wnioskodawcy o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

L.p.	Imię i nazwisko członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym. <i>Przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym należy rozumieć wszystkie osoby wspólnie się utrzymujące i mieszkające bez względu na wiek i pokrewieństwo</i>	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Dochód netto/przeciętny miesięczny dochód obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku
1.		Wnioskodawca	
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

Rodzina posiada/ nie posiada* gospodarstwo rolne o powierzchni ha
przeliczeniowego i osiąga z niego miesięczny dochód w kwocie zł

*niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi:
..... zł

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 §1 i § 6 kk. w zw. z art. 75 § 2 i art. 83 § 3 kpa. za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku i załącznikach zostały podane zgodnie z prawdą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1182, z późn. zm.)

.....
miejsce i data

.....
czytelny podpis wnioskodawcy lub opiekuna prawnego

Do wniosku należy dołączyć:

1. Kopię orzeczenia lub kopię wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub art. 62 ustawy, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydane przed dniem 1 stycznia 1998r,
2. Fakturę pro-forma lub oferta cenowa,
3. Zaświadczenie od lekarza - specjalisty jednoznacznie wskazujące o potrzebie zakupu wnioskowanego sprzętu, stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności.
4. Pełnomocnictwo sądowe (kopia postanowienia sądowego) lub notarialnie jeśli czynności związane z uzyskaniem dofinansowania o którym we wniosku mają być dokonywane przez pełnomocnika.

Warunki uzyskania dofinansowania:

Aktualne dokumenty określone wyżej, dochód obliczony w oświadczeniu nie przekracza kwoty 50% przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w art. 2 pkt. 4 ustawy* na jedną osobę wspólnego gospodarstwa domowego lub 65% przeciętnego wynagrodzenia dla osoby samotnej.

Uwaga! zakupu sprzętu rehabilitacyjnego można dokonać po podpisaniu umowy ze Starostą Lubaczowskim o dofinansowaniu zakupu ze środków PFRON

.....
*ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t. j. Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.).

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik

Imię i nazwisko	PESEL
Adres zamieszkania	Ulica/nr domu
Kod pocztowy	Miejscowość
Data urodzenia	Telefon
Dowód osobisty (seria i numer)	Wydany przez:

.....
miejscowość i data

.....
czytelny podpis wnioskodawcy lub opiekuna prawnego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla potrzeb ubiegania się przez osobę niepełnosprawną o dofinansowanie ze środków
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
do **zakupu sprzętu rehabilitacyjnego**

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i Nazwisko

Data urodzenia PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....
.....

2. Uszkodzenie innych narządów i układów oraz choroby współistniejące

.....
.....

3. Zalecany rodzaj, typ sprzętu rehabilitacyjnego:

.....
.....

4. Uzasadnienie, że ww. sprzęt rehabilitacyjny jest niezbędny w procesie rehabilitacji:

.....
.....

5. Uzasadnienie, że zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach
domowych przy użyciu ww. sprzętu:

.....
.....

.....
(pieczęć i podpis lekarza specjalisty)

.....
Imię i Nazwisko

.....
Adres

UPOWAŻNIENIE

Upoważniam

Legitymującej/Legitymującego się dowodem osobistym

Zamieszkałego/a

do podjęcia czekiem gotówkowym lub przelewu na konto osobiste w banku, przyznane środki finansowe z PFRON z tytułu refundacji za przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Stwierdzam własnoręczność podpisu (osoby niepełnosprawnej)

Pani/Pana

.....
(podpis upoważniającego)

.....
(pieczętka i podpis urzędnika stwierdzającego własnoręczność podpisu)

