## **WNIOSEK**

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

# I. część A: Dane i informacje o Wnioskodawcy

**1. Imię, nazwisko i adres Wnioskodawcy:**

|  |
| --- |
| Imię i nazwisko   |
|  |  |  | - |  |  |  |  |  |  |
| Miejscowość | Kod pocztowy | Nr posesji | Ulica | Gmina |
| lubelski | lubelskie | 81 |  |  |
| Powiat | Województwo | Nr tel. kierunkowy | Nr tel.: | Nr fax: |
|  |  |
| Nazwa banku i nr konta bankowego | Nr identyfikacyjny NIP |
|  |  |

2. Osoby uprawnione do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych Wnioskodawcy:

(pieczątka imienna)

podpis: ...........................................................

(pieczątka imienna)

podpis: ...........................................................

**3. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr i data zawarcia umowy | Kwota przyznana | Cel | Termin rozliczenia | Przyczyna rozwiązania umowy | Stan rozliczenia | Źródło (PFRON; WOZiRON, STAROSTWO POWIATOWE) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Razem: |  | Razem kwota rozliczona: |  |  |
| w tym na rzecz: |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Załączniki:

1. Kserokopia orzeczenia o grupie inwalidzkiej/ stopniu niepełnosprawności.

2. Zaświadczenie od lekarza specjalisty o konieczności posiadania sprzętu i konieczności rehabilitacji domowej.

3. Dokumenty potwierdzające wysokość dochodów, wpisanych w oświadczeniu o dochodach.

4. Zamówienie, oferta cenowa, faktura pro-forma ze sklepu informująca o cenie sprzętu.

**4. Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa załącznika | Załączono do wnioskutak/nie | Uzupełnionotak/nie | Data uzupełnienia |
| (wypełnia pracownik PCPR) |
| Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo) |  |  |  |
| Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym |  |  |  |
| Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności |  |  |  |
| Szczegółowy preliminarz sprzętu |  |  |  |
| Udokumentowanie źródeł finansowania innych niż PFRON, |  |  |  |
| Inne dokumenty (wypełnia PCPR): |  |  |  |
| a) |  |  |  |
| b) |  |  |  |
| c) |  |  |  |

Część B: Informacje o przedmiocie wniosku:

**1. Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania**

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

**2. Szczegółowy preliminarz sprzętu:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa****Typ sprzętu****(model)** | **Producent****(dostawca)** | **Ilość sztuk** | **Cena jednostkowa** | **Wartość ogółem** | **Do weryfikacji (wypełnia PCPR)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Razem:**  |  |  |  |

Podpis Wnioskodawcy

**3. Miejsce realizacji zadania (instalacji sprzętu):**

|  |
| --- |
| Pełna nazwa:   |
|  |  |  | - |  |  |  |  |  |  |
| Miejscowość | Kod pocztowy | Nr posesji | Ulica | Gmina |
|  |  |  |  |  |

**4. Kosztorys przedsięwzięcia:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Przewidywane koszt ogólny przedsięwzięcia: |
|  | Własne środki przeznaczone na realizację zadania: |
|  | Inne źródła finansowania ogółem (środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje) z tego: |
|  | a) |
|  | b) |
|  | Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków Funduszu: zł |
|  | kwota słownie:  |

**5. Uzasadnienie konieczności zakupu sprzętu:**

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

Oświadczam, że podane informacje są zgodne z prawdą.

1. Oświadczam, że posiadam odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji zadania.

**Starosta Lubelski informuje, że w przypadku podania informacji niezgodnych ze stanem rzeczywistym wniosek zostanie przekazany do archiwum bez rozpatrzenia**

*We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „Nie dotyczy”. W przypadku gdy w formularzu Wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ....” czytelnie i jednoznacznie przypisujący numery załączników do rubryki formularza. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.*

 ....

data i podpis Wnioskodawcy lub osób uprawnionych do jego reprezentacji

**Oświadczenie Wnioskodawcy o wysokości dochodów i liczbie członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.**

Dla: Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lublinie.

W celu dofinansowania zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze ze środków PFRON

Ja niżej podpisany(a) ................................................................................................................................

Adres zamieszkania ..................................................................................................................................

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

oświadczam, iż razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię | Nazwisko  | Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą oraz data urodzenia | Dochód miesięczny[[1]](#footnote-1) |
|  |  | ------------------------------ |  |
| **POZOSTALI CZŁONKOWIE WSPÓLNEGO GOSPODARSTWA** |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| RAZEM |  |

*W przypadku osób samotnych do oświadczenia należy wpisać tylko Wnioskodawcę.*

Oświadczam, że w kwartale poprzedzającym miesiąc, w którym składany jest wniosek **przeciętny miesięczny dochód[[2]](#footnote-2) przypadający na jedną osobę** w mojej rodzinie wyniósł .....................................................................................................................................

|  |
| --- |
| **Oświadczam, że znana jest mi odpowiedzialność karna za składanie fałszywych zeznań, przewidziana w art. 233 K.k. zgodnie z którym za złożenie fałszywych zeznań grozi kara pozbawienia wolności do lat 3, jak również znana jest mi treść art. 297 K.k.**Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych, w bazie danych PCPR dla potrzeb niezbędnych dla realizacji dofinansowania, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883, z późn zm.Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem. |
| miejscowość  | dnia | podpis wnioskodawcy |

**……………………..**dnia**………………………..**

**………………………………...**

 (pieczątka zakładu)

**Zaświadczenie lekarskie**

Zaświadczam, iż Pan/i:

Imię i nazwisko**………………………………………..…………..……………………………………………….**

Data urodzenia**……………………………..**seria i nr dowodu osobistego**……………….…………………..**

Zamieszkały/a**…………………………………………………………………..………………………………….**

Stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności (opisać rodzaj niepełnosprawności)

**………………………………………………………………………………………………………………............**

**……………………………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………………….**

wymaga rehabilitacji w warunkach domowych z użyciem (nazwa sprzętu)

**……………………………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………………….**

 **……..…………………………………….**

(podpis i pieczątka lekarza specjalisty)

1. Jest to średni miesięczny dochód obliczony za ostatni kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składką z tytułu ubezpieczenia 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. [↑](#footnote-ref-1)
2. Dochód ustalony w pkt. 1 należy podzielić przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

**Uwaga: zasiłek pielęgnacyjny, rodzinny i wychowawczy nie jest dochodem w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych.**  [↑](#footnote-ref-2)