

Powiatowe Centrum  
Pomocy Rodzinie  
w Sieradzu

.....  
data wpływu kompletnego wniosku (dzień, miesiąc, rok)

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

**I. Dane dotyczące wnioskodawcy (wypełnić drukowanymi literami)**

.....syn/córka.....  
nazwisko i imię/imiiona imię ojca

seria ..... nr ..... wydany w dniu ..... przez .....  
dowód osobisty

nr PESEL .....

nr kodu .....-..... poczta ..... województwo/powiat ...../  
dokładny adres

miejsowość ..... ulica ..... nr domu ..... nr lokalu .....

nr tel. ....

**1. Rodzaj niepełnosprawności <sup>(1)</sup>**

|   |  |
|---|--|
| 1. dysfunkcja narządów ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim;<br>wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk |  |
| 2. inna dysfunkcja narządów ruchu   |  |
| 3. dysfunkcja narządów wzroku   |  |
| 4. dysfunkcja narządów słuchu i mowy  |  |
| 5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)  |  |
| 6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia   |  |

**2. Stopień niepełnosprawności <sup>(1)</sup>**

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| 1. znaczny (inwalida I grupy)      |  |
| 2. umiarkowany (inwalida II grupy) |  |
| 3. lekki (inwalida III grupy)      |  |

**II. Sytuacja zawodowa <sup>(1)</sup>**

|   |  |
|---|--|
| 1. zatrudniony*/prowadzący działalność gospodarczą*                         |  |
| 2. młodzież od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca* |  |
| 3. bezrobotny poszukujący pracy* /rencista poszukujący pracy*               |  |
| 4. rencista*/emeryt*  |  |
| 5. dzieci i młodzież do lat 18  |  |

**III. Sytuacja mieszkaniowa - zamieszkuje <sup>(1)</sup>**

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| 1. samotnie                     |  |
| 2. z rodziną                    |  |
| 3. z osobami nie spokrewnionymi |  |

(1) wstawić **x** we właściwej rubryce

\* niepotrzebne skreślić

#### IV. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z wnioskodawcą

| nazwisko i imię | pokrewieństwo       | stopień i rodzaj niepełnosprawności |                       | dochód miesięczny netto <sup>(4)</sup> |
|-----------------|---------------------|-------------------------------------|-----------------------|--|
| 1.              | <b>wnioskodawca</b> | stopień <sup>(2)</sup>              | rodzaj <sup>(3)</sup> |  |
| 2.              |                     | stopień <sup>(2)</sup>              | rodzaj <sup>(3)</sup> |  |
| 3.              |                     | stopień <sup>(2)</sup>              | rodzaj <sup>(3)</sup> |  |
| 4.              |                     | stopień <sup>(2)</sup>              | rodzaj <sup>(3)</sup> |  |
| 5.              |                     | stopień <sup>(2)</sup>              | rodzaj <sup>(3)</sup> |  |
| 6.              |                     | stopień <sup>(2)</sup>              | rodzaj <sup>(3)</sup> |  |
| 7.              |                     | stopień <sup>(2)</sup>              | rodzaj <sup>(3)</sup> |  |

V. Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych,<sup>(4)</sup> podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi ..... zł

(słownie: .....zł)

#### VI. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych<sup>(1)</sup>

|  |  |
|--|--|
| 1. na likwidację barier urbanistycznych, architektonicznych i w komunikowaniu się: |  |
| a) nie korzystał   |  |
| b) korzystał (w tym ze środków przyznanych przez WOZiRON)                          |  |
| 2. korzystał na inne cele ustawowe i rozliczył się                                 |  |
| 3. korzystał na inne cele ustawowe i jest w trakcie rozliczenia                    |  |
| 4. korzystał i nie rozliczył się   |  |

Numer i data zawartej umowy

.....

Data otrzymania dofinansowania ..... oraz podać stan rozliczenia

.....

VII. Deklarowany udział własny wnioskodawcy i/lub sponsora – ponad obowiązkowe 40% - ..... %

#### VIII. Cel dofinansowania w sprzęt rehabilitacyjny i miejsce realizacji zadania.

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

#### IX. Przedmiot dofinansowania.

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

(1) wstaw *x* we właściwej rubryce

\* niepotrzebne skreślić

(2) wstaw właściwe oznaczenia cyfrowe z tabeli 2.

(3) wstaw właściwe oznaczenia cyfrowe z tabeli 1.

(4) \* dochód – oznacza to, po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób:

a) przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach ogólnych na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych, pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne,  
b) deklarowany w oświadczeniu dochód z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, pomniejszony o należny zryczałtowany podatek dochodowy i składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne,

**X. Przewidywany koszt realizacji zadania :**

cyfrą: ..... (słownie: ..... zł)

**XI. Wysokość wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:**

cyfrą: ..... (słownie: ..... zł)

**XII. Przyznane dofinansowanie proszę przekazać na:**

I. moje konto:

- nr konta .....
- pełna nazwa banku .....

II. konto sprzedawcy

- nr konta .....
- pełna nazwa banku .....

III. gotówką

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych ( Dz. U. Nr 101 z 2002r., poz. 926 i Nr 153, poz. 1271).

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

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

.....  
(podpis wnioskodawcy\*, przedstawiciela ustawowego\*  
opiekuna prawnego\* pełnomocnika\*)

**Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik**

.....syn/córka.....  
*nazwisko i imię/imiona* *imię ojca*

seria ..... nr ..... wydany w dniu ..... przez .....  
*dowód osobisty*

nr PESEL ..... nr NIP .....

nr kodu .....-..... poczta ..... województwo/powiat ...../  
*dokładny adres*

miejsowość ..... ulica ..... nr domu ..... nr lokalu .....

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

.....  
\* niepotrzebne skreślić

**Załączniki do wniosku:**

- orzeczenie o:
  - zakwalifikowaniu przez organy orzekające do jednego z trzech stopni niepełnosprawności,
  - całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy,niepełnosprawności wydane przed ukończeniem 16 roku życia
- orzeczenia o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą;
- **zaświadczenie lekarskie od specjalisty zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności, ze wskazaniem konieczności zakupu sprzętu rehabilitacyjnego do prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych, wymienionego we wniosku oraz braku przeciwwskazań medycznych do użytkowania tego sprzętu.**
- dwie oferty cenowe dotyczące zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.

.....  
(Imię)

.....,dnia .....

.....  
(Nazwisko)

.....  
(Adres zamieszkania)

.....

### **Oświadczam, że:**

1. Byłem(am) stroną umowy zawartej na dofinansowanie ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:
  - tak
  - nie
2. Posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego,
3. Podane informacje są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
4. Wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych, dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji zadania, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.97 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz.U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 z późn. zm.)

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)