

**WNIOSEK
O DOFINANSOWANIE ZAOPATRZENIA W SPRZĘT REHABILITACYJNY
ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB
NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

A. DANE DOTYCZĄCE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ :

Imię i nazwisko

data urodzenia.....

PESEL.....

NIP (w przypadku jego nadania).....

Dowód osobisty: nr.....wydany w dniu przez

✓ **Adres zamieszkania:**

miejsowość

ulica.....

nr domunr lokalu

nr kodupoczta powiat.....

nr telefonu : domowy.....komórkowy.....

✓ **Stopień niepełnosprawności (wstawić x we właściwej rubryce)**

| | |
|--|--|
| 1. Znaczny | |
| ▪ inwalidzi I grupy | |
| ▪ osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji | |
| ▪ osoby całkowicie niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny | |
| ▪ osoby w wieku do lat 16 , którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny | |
| 2. Umiarkowany | |
| ▪ inwalidzi II grupy | |
| ▪ osoby całkowicie niezdolne do pracy | |
| 3.Lekki | |
| ▪ inwalidzi III grupy | |
| ▪ osoby częściowo niezdolne do pracy | |
| ▪ osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym | |

✓ **Rodzaj niepełnosprawności (wstawić x we właściwej rubryce)**

| | |
|--|--|
| ▪ dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk | |
| ▪ inna dysfunkcja narządu ruchu | |
| ▪ dysfunkcja narządu wzroku | |
| ▪ dysfunkcja narządów słuchu i mowy | |
| ▪ deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe) | |
| ▪ niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia | |

F. INFORMACJA O KWOTACH PRYZNANYCH WCZEŚNIEJ ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

- 1) nie korzystał ze środków PFRON*
- 2) korzystał ze środków PFRON*

| <i>Nr i data zawarcia umowy</i> | <i>Kwota otrzymanego dofinansowania</i> | <i>Cel dofinansowania</i> | <i>Stan rozliczenia</i> |
|---------------------------------|---|------------------------------|-------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | Razem kwota rozliczona: [zł] | |

* właściwe zaznaczyć

G. SYTUACJA DOCHODOWA WNIOSKODAWCY

Ja , niżej podpisany(a)
(imię i nazwisko)

zamieszkały(a)
(kod, miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania)

oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby
(w przypadku osób samotnych do oświadczenia wpisać tylko wnioskodawcę) :

| Lp. | Imię i nazwisko | Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą | Przeciętny miesięczny dochód ** obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku |
|--|--|--------------------------------------|---|
| Osoba niepełnosprawna : | | | |
| 1. | | | |
| Inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym: | | | |
| 2. | Nie należy wpisywać imion i nazwisk osób, z którymi prowadzi się wspólne gospodarstwo domowe. | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |
| 6. | | | |
| 7. | | | |
| RAZEM: | | | |

Świadomy (a) odpowiedzialności karnej , wynikającej z art. 233 §1 *** ustawy z dnia 06.06.1997r. – Kodeks karny (t.j.: Dz.U. 2018 poz. 1600 tj. z późn. zm.)) oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, wynosił zł

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem

.....
(miejscowość)

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy lub opiekuna prawnego)

Wymagane załączniki:

- 1.Kopia aktualnego dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność /oryginał do wglądu/.
- 2.Aktualne zaświadczenie lekarskie stwierdzające potrzebę prowadzenia rehabilitacji **w warunkach domowych** przy użyciu sprzętu, o którego dofinansowanie ubiega się osoba niepełnosprawna.

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie we Włodawie, mieszczące się przy ul. J. Piłsudskiego 66, będące administratorem danych osobowych informuje, że Pana (i) dane osobowe, znajdujące się w naszych zbiorach, są przechowywane i przetwarzane w celu wykonywania określonych prawem zadań. Informujemy ponadto, że dane podawane są dobrowolnie i ma Pan(i) prawo wglądu do swoich danych oraz ich poprawiania. (Podst. prawna: art.24 ust.1 ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych- tekst jednolity: Dz. U. z 2018r. poz. 1000).

Adnotacje urzędowe (wypełnia PCPR)

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

** Jest to **dochód** w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, który po odliczeniu alimentów świadczonych na rzecz innych osób stanowi: **a)** przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach ogólnych na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych, pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy, składki na ubezpieczenie społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz zapłacone składki na ubezpieczenie zdrowotne, **b)** dochód z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym, pomniejszony o należny zryczałtowany podatek dochodowy i zapłacone składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, **c)** inne dochody niepodlegające opodatkowaniu, w tym w szczególności: renty przyznawane na podstawie przepisów o zaopatrzeniu inwalidów wojennych, wojskowych oraz ich rodzin, dodatek kombatancki, ryczałt energetyczny, dodatek kompensacyjny, ekwiwalenty pieniężne za deputaty węglowe, zasiłki chorobowe określone w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, środki bezzwrotnej pomocy zagranicznej, alimenty na rzecz dzieci, kwoty diet otrzymywane przez osoby wykonujące czynności związane z pełnieniem obowiązków służbowych i obywatelskich, należności z tyt. wynajmu pokoi gościnnych,, stypendia, dochody uzyskane z gospodarstwa rolnego, należności ze stosunku pracy lub z tytułu stypendium otrzymywane przez osoby przebywające czasowo za granicą, należności ze stosunku służbowego otrzymywane w czasie pełnienia służby kandydackiej przez funkcjonariuszy Policji, Państwowej Straży Pożarnej, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu.

*** Kto składając zeznania 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.

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE *
potwierdzające potrzebę prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych na
wskazanym sprzęcie

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko

.....

PESEL

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Adres zamieszkania:

Posiada dysfunkcje narządu ruchu (określić jakie) lub inne schorzenia:

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

W/w osoba niepełnosprawna wymaga rehabilitacji w zakresie:

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

Zalecany sprzęt rehabilitacyjny :

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie we Włodawie; ważne jeden miesiąc od daty wystawienia.