

Nr wniosku.....

Data wpływu wniosku do PCPR w Pabianicach.....

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia
w sprzęt rehabilitacyjny
(indywidualne osoby niepełnosprawne)

Dane Wnioskodawcy:

1. Imię i nazwisko.....

2. Adres zamieszkania.....

3. PESEL osoby niepełnosprawnej..... tel.....

4. Dowód osobisty.....seria.....Nr.....wydany przez.....

5. Orzeczenie o niepełnosprawności*/ o stopniu niepełnosprawności*.....

Dane przedstawiciela ustawowego Wnioskodawcy

6. Imię i nazwisko.....

7. Adres zamieszkania.....

8. PESEL..... tel.....

9. Dowód osobisty.....seria.....Nr.....wydany przez.....

10. Miejsce realizacji zadania (np. miejsce zamieszkania, miejsce pobytu – podać adres).....

11. Przedmiot dofinansowania (nazwa sprzętu rehabilitacyjnego).....

12. Przewidywany efekt realizacji zadania.....

13. Przewidywany koszt realizacji zadania.....

14. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania.....

* /właściwe podkreślić

15. Informacja o kwotach przyznanych ze środków Funduszu:

Cel na który zostało przyznane dofinansowanie	Numer umowy	Data przyznania dofinansowania	Stan rozliczenia

Oświadczam, iż podane we wniosku dane są zgodne z prawdą

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pabianicach informuje, iż w przypadku podania informacji niezgodnych ze stanem rzeczywistym wniosek pozostawiony będzie bez rozpatrzenia.

Art. 297 § 1. Kto, w celu uzyskania dla siebie lub kogo innego, od banku lub jednostki organizacyjnej prowadzącej podobną działalność gospodarczą na podstawie ustawy albo od organu lub instytucji dysponujących środkami publicznymi – kredytu, pożyczki pieniężnej, poręczenia, gwarancji, akredytywy, dotacji, subwencji, potwierdzenia przez bank zobowiązania wynikającego z poręczenia lub z gwarancji lub podobnego świadczenia pieniężnego na określony cel gospodarczy, elektronicznego instrumentu płatniczego lub zamówienia publicznego, oświadczenie dotyczące okoliczności o istotnym znaczeniu dla uzyskania wymienionego wsparcia finansowego, instrumentu płatniczego lub zamówienia, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 2. Tej samej karze podlega, kto wbrew ciążącemu obowiązkowi, nie powiadamia właściwego podmiotu o powstaniu sytuacji mogącej mieć wpływ na wstrzymanie albo ograniczenie wysokości udzielonego wsparcia finansowego, określonego w § 1, lub zamówienia publicznego albo na możliwość dalszego korzystania z elektronicznego instrumentu płatniczego (Ustawa – Kodeks karny, Dz.U. z 1997 r. nr 88 poz. 533 z późniejszymi zmianami).

.....
Data

.....
podpis wnioskodawcy/opiekuna prawnego

Załączniki wymagane do wniosku:

1. Kopia orzeczenia o zakwalifikowaniu przez organy orzekające do jednego z trzech stopni niepełnosprawności lub równoważne, w przypadku dzieci orzeczenie o niepełnosprawności.
2. Oświadczenie o wysokości dochodu (druk w załączeniu).
3. Oferty cenowe na sprzęt będący przedmiotem dofinansowania (imiennie, wystawione na Wnioskodawcę).
4. Zaświadczenie lekarskie (wypełnione czytelnie i w języku polskim) uzasadniające konieczność zaopatrzenia we wskazany sprzęt rehabilitacyjny.

OŚWIADCZENIE
wnioskodawcy oraz osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

Dla: Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Pabianicach w celu dofinansowania ze środków PFRON zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.

Ja niżej podpisany(a)
 (Imię i nazwisko)

zamieszkały(a).....
 oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Źródło dochodu (lub brak dochodu)	Przeciętny miesięczny dochód obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku*
Dane dotyczące wnioskodawcy				
1.				
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego**)				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
			RAZEM	

W przypadku osób samotnych do oświadczenia należy wpisać tylko wnioskodawcę.

Średni miesięczny dochód na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego wynosi.....

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych danych osobowych na zasadach określonych w ustawie z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 133 poz. 883) w zorze danych osobowych prowadzonych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pabianicach.

.....
 Data

.....
 Podpis wnioskodawcy/ przedstawiciela ustawowego

**) przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku*

***) członkiem rodziny pozostającym we wspólnym gospodarstwie domowym jest uprawniony, jego małżonek, dzieci, rodzice (opiekunowie) wnioskodawcy, rodzeństwo wnioskodawcy – do ukończenia 18 roku życia, a w przypadku pobierania nauki, do ukończenia lat 25, niepełnosprawne rodzeństwo wnioskodawcy – bez względu na wiek. Aby pozostawali oni we wspólnym gospodarstwie domowym, wymagane jest, by wspólnie się utrzymywali.*

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż nie posiadam żadnych zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz oświadczam, iż w ciągu trzech lat przed złożeniem tego wniosku nie byłem stroną umowy zawartej z Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

.....

Data

.....

Podpis wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Pabianicach – zakup sprzętu rehabilitacyjnego

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i Nazwisko pacjenta.....

Data urodzenia.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

.....
.....

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia niepełnosprawności lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.....

.....
.....

3. Uszkodzenie innych narządów i układów oraz choroby współistniejące.....

.....

4. Czy występujący rodzaj niepełnosprawności wymaga korzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego? TAK NIE (właściwe podkreślić)

5. Rodzaj wymaganego sprzętu rehabilitacyjnego niezbędnego do prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych

.....

(dokładna nazwa sprzętu rehabilitacyjnego)

.....
Pouczenie: Zgodnie z art.271 § 1 kodeksu karnego „*Funkcjonariusz publiczny lub inna osoba
uprawniona do wystawienia dokumentu, która poświadcza w nim nieprawdę co do okoliczności
mającej znaczenie prawne, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat*”

.....
podpis pieczęć lekarza specjalisty
wystawiającego zaświadczenie