

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODU

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

Słownie:

.....

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

.....
data

.....
podpis Wnioskodawcy*/Przedstawiciela Ustawowego/
Opiekuna Prawnego/Pełnomocnika

Przedstawiciel ustawy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny, pełnomocnik

Imię (imiona) i nazwisko

.....

Adres zamieszkania

.....

(ulica, nr domu, nr lokalu, kod pocztowy, miejscowość)

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ustanowiony opiekunem* / pełnomocnikiem*

(postanowienie Sądu Rejonowego z dn. _____ sygn. akt* _____ / na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza _____ z dn. _____ repet. ____Nr _____)

* Właściwe zaznaczyć

OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY:

1. Stosownie do art.75 § 2 KPA, świadom(a) odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania zgodnie z art. 233 § 1 KK, który brzmi: „ 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” ,oświadczam że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.
2. W przypadku podania informacji budzących wątpliwość, wyrażam zgodę na sprawdzenie powyższych danych przez pracownika PCPR.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w moim oświadczeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu decyzyjnego zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014, poz. 1182, z późn. zm.).

.....
data

.....
podpis Wnioskodawcy*/Przedstawiciela Ustawowego/
Opiekuna Prawnego/Pełnomocnika

Załączniki wymagane do wniosku:

- 1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (oryginał do wglądu).**
- 2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób.**
- 3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności oraz potrzebie zastosowania wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego, oraz wskazanie czy zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy zastosowaniu wnioskowanego sprzętu – druk w załączeniu.**
- 4. Minimum 2 oferty cenowe na zakup wnioskowanego sprzętu.**
- 5. Pisemna informacja od wnioskodawcy uzasadniająca potrzebą zakupu wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego.**
- 6. W przypadku gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego do wniosku należy dołączyć odpowiednio kopię pełnomocnictwa lub postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego.**

****Przeciętny miesięczny dochód** (dochód w rozumieniu przepisu art. 3 ustawy o świadczeniach rodzinnych z dnia 28 listopada 2003 r. (Dz. U. 2015 poz. 114 z późn. zm.), tj. dochód z tytułu pracy, świadczenia emerytalno – rentowe, dochód z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej, przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach ogólnych) pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń (emerytalnego, rentowego i chorobowego) oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób.

Załącznik do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
w Pruszkowie
ul. Drzymały 19 / 21
05-800 Pruszków
tel/fax. (022) 738-15-02 do 07**

.....
(miejsowość i data)

INFORMACJA

do wniosku o dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, przy udziale środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w zakresie indywidualnych potrzeb osób niepełnosprawnych ubiegających się o pomoc w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Pruszkowie.

* Imię i Nazwisko

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data urodzenia Miejscowość

Adres zamieszkania:
.....

* Wnioskowany sprzęt rehabilitacyjny:

.....
* Przyczyny i zakres niepełnosprawności uzasadniający potrzebę zastosowania wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego:
.....
.....
.....

* Zakres prowadzonej rehabilitacji, przy zastosowaniu wnioskowanego sprzętu (rodzaj wskazanych ćwiczeń i częstotliwość ich wykonywania) :

.....
.....

* Zachodzi konieczność prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego:

- NIE
- TAK – uzasadnienie:

.....
.....

pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej

pieczęć i podpis lekarza
wypełniającego informacje

* prosimy o wypełnienie druku dla potrzeb przyznania dofinansowanie ze środków PFRON.