

Informacje o Wnioskodawcy

I. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik:

Posiadane orzeczenie (wstawić znak x we właściwym kwadracie)

- wydane na stałe wydane na czas określony do dnia.....
- a) o stopniu niepełnosprawności: Znacznym Umiarkowanym Lekkim
- b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów: I II III
- c) o częściowej niezdolności do pracy / o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym ,
 o całkowitej niezdolności do pracy,
 o niezdolności do samodzielnej egzystencji,
- d) o niepełnosprawności (osoby do 16 roku życia)

II. Rodzaj niepełnosprawności: (wstawić znak x we właściwej rubryce)

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim, wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządu słuchu	
5. dysfunkcja narządu mowy	
6. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
7. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

III. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych:

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku)					tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)
Razem uzyskane dofinansowanie:						

VII. Informacja o ewentualnym dofinansowaniu z innych źródeł przeznaczonym na ten sam cel

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), Opiekun prawny lub Pełnomocnik

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

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

miejsowość ulica..... nr domu..... nr lokalu.....
adres stałego zameldowania

nr kodu poczta..... powiat..... województwo.....

PESEL nr tel.

ustanowiony Opiekunem*/Pełnomocnikiem*
*postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia. sygn.akt.

* na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza
z dniarepet. nr

.....
(podpis Wnioskodawcy*/Przedstawiciela ustawowego*/
Opiekuna prawnego*/Pełnomocnika*)

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:

.....
(podpis Wnioskodawcy*/Przedstawiciela ustawowego*/
Opiekuna prawnego*/Pełnomocnika*)

****Przeciętny miesięczny dochód** (dochód w rozumieniu przepisu art. 3 ustawy o świadczeniach rodzinnych z dnia 28 listopada 2003r. – / t.j. Dz. U. z 2006r Nr. 139, poz. 992 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.

OŚWIADCZENIE 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 w oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym. Uprzedzony/a o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 06.06.1997 r. K.K. (Dz. U. Nr 88, poz. 553) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

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

3. W przypadku podania informacji, dochodów budzących wątpliwość, wyrażam zgodę na sprawdzenie powyższych danych przez pracownika PCPR.

4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w moim wniosku dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu decyzyjnego zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926, z późn. zm.).

.....
(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. Oświadczenie o wysokości dochodu – druk w załączeniu.

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

.....
miejscowość 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 informację

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