

II. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON

Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie				
Cel przyznanego dofinansowania (program lub nazwa zadania)	Nr i data umowy	Data przyz. dofinansow	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia
Razem:				

III. Informacje o przedmiocie wniosku

1. Przedmiot dofinansowania

.....

2. Krótkie uzasadnienie wniosku

.....
--

3. Miejsce realizacji zadania (miejsce instalacji sprzętu rehabilitacyjnego)

Ulica/miejscowość	Nr lokalu	kod pocztowy	poczta	gmina
powiat	województwo	Nr tel.	Nr fax.	

4. Wartość kosztorysowa zadania :

A.	Przewidywany łączny koszt realizacji zadania	zł
B.	Własne środki przeznaczone na realizację zadania	zł
C.	Inne źródła finansowania ogółem (środki wpłacone, sponsorzy-z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON)	zł
D.	Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON)	zł
	Słownie:	zł

Uwaga!

Wnioskowana kwota dofinansowania (D) nie może przekroczyć 80% planowanego łącznego kosztu realizacji zadania (A) i nie może przekraczać wysokości pięciokrotnego przeciętnego wynagrodzenia.

5. Szczegółowy preliminarz sprzętu:

Lp.	Nazwa	Ilość szt.	Cena jednostkowa	Wartość ogółem	Do weryfikacji wypełnia PCPR
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
<i>Ogółem wartość sprzętu:</i>					

IV. Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik

Imię i nazwisko

nr PESEL Ulica nr domu

..... nr lokalunr kodu miejscowość

..... nr telefonu

Powiat województwo

Ustanowiony opiekunem*/pełnomocnikiem*

(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. syg. akt*/ na

mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza

z dn. repet. Nr

V. Załączniki wymagane do wniosku oraz oświadczenia

Lp.	Nazwa załącznika	Dołączono do wniosku Tak/Nie	Uzupełniono Tak/Nie	Data uzupełnienia
			<i>Wypełnia PCPR</i>	
1.	Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik, a w przypadku dzieci do lat 16-stu kopia orzeczenia o niepełnosprawności grupie inwalidzkiej (oryginał do wglądu)			
2.	Aktualne zaświadczenie lekarza specjalisty, zawierające informacje o rodzaju schorzenia, obecnym stanie zdrowia oraz wskazujące konieczność zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny i prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu .			
3.	Kosztorys lub proforma faktury z informacją o koszcie sprzętu wystawiona przez dostawcę sprzętu rehabilitacyjnego na wnioskodawcę/przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego			

VI. Oświadczenia

- **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.
- Prowadzę samodzielnie wspólne gospodarstwo domowe
- **Liczba osób** w gospodarstwie domowym wynosi.....
- **Zobowiązuję się** do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.
- **Oświadczam, że posiadam/nie posiadam* zaległości wobec PFRON oraz, że w ciągu trzech lat przed dniem złożenia wniosku byłem(am)/nie byłem(am)* stroną umowy zawartej o dofinansowanie ze środków Funduszu i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.**
- **Świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz.U. z 2018 r. poz. 1600 t.j.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach do wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.**
- O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować **w ciągu 14 dni.**
- **Wyrażam zgodę** na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018r. poz.1000).

.....
(miejscowość i data)

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

*niepotrzebne skreślić

VII. Decyzja o przyznaniu lub odmowie dofinansowania (wypełnia pracownik PCPR)

Weryfikacja wniosku: pozytywna / negatywna

Data weryfikacji wniosku:

Przyznana kwota dofinansowania do zakupu

Wynosi (słownie:)

co stanowi % całkowitego kosztu zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.

Uzasadnienie:

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

.....

Sporządził

.....

Zatwierdził