



10. schorzenie układu krążenia	
11. schorzenie układu neurologicznego	
12. pozostałe schorzenia nie wymienione w poz. 1-11 ( <i>proszę wymienić</i> ) ..... .....	

**5. Sytuacja zawodowa (właściwie zaznaczyć)**

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą</li> <li>2. osoba w wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca</li> <li>3. bezrobotny poszukujący pracy/rencista poszukujący pracy</li> <li>4. rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy</li> <li>5. dzieci i młodzież do lat 18</li> </ol> |
|---|

**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:..... .....

**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.					
Ogółem wartość sprzętu:					

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

Imię i nazwisko ..... nr PESEL .....

Ulica ..... nr domu ..... nr lokalu .....

Nr 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	Uzupełniono Tak/Nie	Data uzupełnienia
		Tak/Nie	Wypełnia PCPR	
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			
4.	Kopia pełnomocnictwa lub postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego. W przypadku przedstawiciela ustawowego dokument potwierdzający (akt urodzenia).			

## 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.

Lp.	Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą	Imię	Nazwisko	Dochód miesięczny /netto/	
				wysokość	Rodzaj dochodu
1.	Wnioskodawca				
2.		<b>UWAGA</b> Nie należy wpisywać imion i nazwisk osób, z którymi prowadzi się wspólne gospodarstwo domowe. Należy podać wyłącznie stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą i ich dochód miesięczny.			
3.					
4.					
5.					
Łączny miesięczny dochód /netto/:					

- **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 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

\*niepotrzebne skreślić

.....  
 (podpis Wnioskodawcy\*, przedstawiciela ustawowego\*, opiekuna prawnego\*, pełnomocnika\*)