

<b>WYPEŁNIA PCPR</b>			
<b>Ocena formalna wniosku: Warunki weryfikacji formalnej</b>	<b>Tak</b>	<b>Nie</b>	<b>Uwagi</b>
Wniosek wypełniono prawidłowo			
Wniosek zawiera wymagane załączniki			
Przedmiot dofinansowania mieści się w wykazie sprzętu rehabilitacyjnego zgodnie z katalogiem			
Zaświadczenie lekarskie potwierdza konieczność zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, o dofinansowanie którego ubiega się Wnioskodawca			
Przeciętny miesięczny dochód na osobę w rodzinie nie przekracza kwot, określonych w § 5 ust.1, pkt.1 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25.06.2002 roku w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON (Dz.U. z 2015r., poz.926 z póź.zm.).			

**Weryfikacja formalna wniosku:**

pozytywna

negatywna

Wniosek uzupełniony w terminie

tak

nie

Wniosek kompletny w dniu przyjęcia

tak

nie

.....  
(data i podpis pracownika PCPR)

## II. Opinia merytoryczna co do zasadności wniosku:

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

.....  
(data i podpis pracownika PCPR)

## III. Decyzja o przyznaniu dofinansowania:

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

.....  
(data i podpis)



### Oświadczenia

1. Mam/nie mam \* zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób niepełnosprawnych oraz w ciągu ostatnich 3 lat przed złożeniem wniosku byłem/am, nie byłem/am\* stroną umowy zawartej z Funduszem, którą rozwiązano z przyczyn leżących po mojej stronie.

2. Jestem/ nie jestem\* osobą przebywającą w jednostce pomocy społecznej.

\* niepotrzebne skreślić

.....

( data i czytelny podpis Wnioskodawcy)

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
potwierdzające konieczność zaopatrzenia  
w sprzęt rehabilitacyjny w warunkach domowych

**I. DANE PACJENTA:**

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia ..... PESEL .....

Adres zamieszkania .....

**II. ROZPOZNANIE (wpisać czytelnie w języku polskim):**

.....

.....

.....

.....

**III. ZALECANY SPRZĘT REHABILITACYJNY (podać dokładną nazwę):**

.....

.....

.....

.....

**IV. UZASADNIENIE ZAOPATRZENIA W W/W SPRZĘT REHABILITACYJNY:**

.....

.....

.....

.....

.....  
data

.....  
podpis i pieczęć lekarza