

Wypełnia PCPR

.....
numer kolejny wniosku

.....
pieczęć wpływu i podpis pracownika

Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osób niepełnosprawnych
(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Adres zamieszkania

Miejscowość, ulica.....nr domu.....
nr lokalu kod - poczta

Nazwa banku i numer rachunku bankowego, na które ma być przelane dofinansowanie:

.....
.....

I. Przedmiot dofinansowania.....

.....

II. Miejsce realizacji zadania:

Miejscowość, ulica nr domu.....

Kod - poczta

III. Cel dofinansowania

.....
.....

IV. Przewidywany koszt realizacji zadania zł,

słownie:zł

V. Korzystanie ze środków finansowych PFRON (w ciągu 3 ostatnich lat)

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON (właściwie zaznaczyć x)		Tak:	Nie:
Cel dofinansowania (nazwa zadania ustawowego oraz/lub nazwa programu, w ramach, którego przyznana została pomoc)	Nr i data zawarcia umowy	Wysokość przyznanego dofinansowania	Stan rozliczenia (kwota rozliczona)

VI. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRONzł,
słowniezł

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych ¹ podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosiłzł, słownie

Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

Uprzedzona/y o odpowiedzialności za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

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

.....
data

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy*,
przedstawiciela ustawowego*, opiekuna
prawnego*, pełnomocnika*

¹ **dochód** – oznacza to, po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób:

a) przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach określonych w art. 27, art. 30b, art. 30c, art. 30e i art. 30f ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 2032, z późn. zm.), pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne,

b) dochód z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne,

c) inne dochody niepodlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych:

*zaznaczyć właściwie

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

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Adres zamieszkania

Miejscowość, ulica..... nr domu.....

nr lokalu kod - poczta

nr telefonu

Ustanowiony opiekunem*/ pełnomocnikiem*.....

(postanowieniem Sądu rejonowego z dn. sygn. akt*

na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dn.

repet. Nr

Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku:

Nazwa załącznika		Załączono do wniosku <i>(wypełnia PCPR)</i>	
		Tak/Nie/ Nie dotyczy	Data uzupełnienia
1.	Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia o zaliczeniu do osób niepełnosprawnych (w przypadku dzieci do lat 16), o stopniu niepełnosprawności: znacznym, umiarkowanym lub lekkim lub orzeczenia równoważnego tj. o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy, niezdolności do samodzielnej egzystencji, o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów lub kopia orzeczenia o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 roku;		
2.	Faktura Pro-Forma lub oferta cenowa zawierająca nazwę sprzętu rehabilitacyjnego i cenę brutto wraz z datą ważności oferty.		
3.	Kserokopia pełnomocnictwa lub postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego – w przypadku gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego;		
4.	Szczegółowy wykaz sprzętu rehabilitacyjnego stanowiący załącznik Nr 1 do wniosku		
5.	Zaświadczenie lekarskie stanowiące załącznik Nr 2 do wniosku		
6.	Zgoda w celach kontaktowych– sporządzona wg wzoru stanowiącego załącznik Nr 3 do wniosku		

OŚWIADCZENIE (* niepotrzebne skreślić)

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.

.....
(data i czytelny podpis Wnioskodawcy)

WYPEŁNIA PCPR

I. Ocena formalna wniosku:

Warunki weryfikacji formalnej	Tak	Nie	Uwagi
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).			

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 kierownika PCPR)

IV. Akceptacja Starosty

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

.....
(data i podpis Starosty)