



Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Skarżysku - Kamiennej

26-110 Skarżysko-Kam., Plac Floriański 1, Tel. /Fax (041) 252 19 53
www.pcprskarzysko.pl e-mail: pcpr.sko@wp.pl

Wniosek złożono w PCPR
w dniu.....
Nr sprawy

WNIOSEK

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny**

I. Dane dotyczące wnioskodawcy (proszę wypełnić drukowanymi literami)

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

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

PESEL NIP

miejsowość..... ulica nr domu nr lokalu
(dokładny adres)

nr kodu- poczta powiat

województwo nr tel./faxu (z nr. kier.)

II. Stopień niepełnosprawności

1. znaczny	
<ul style="list-style-type: none">inwalidzi I grupy	
<ul style="list-style-type: none">osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
<ul style="list-style-type: none">osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
<ul style="list-style-type: none">osoby w wieku do lat 16 (w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat), którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
2. umiarkowany	
<ul style="list-style-type: none">inwalidzi II grupy	
<ul style="list-style-type: none">osoby całkowicie niezdolne do pracy	
<ul style="list-style-type: none">inwalidzi II grupy ze względu na głuchotę lub głuchoniemotę	
3. lekki	
<ul style="list-style-type: none">pozostali inwalidzi III grupy	
<ul style="list-style-type: none">osoby częściowo niezdolne do pracy	
<ul style="list-style-type: none">osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

III. Rodzaj niepełnosprawności

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak albo amputacja kończyn dolnych lub górnych	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

IV. Sytuacja zawodowa

1. zatrudniony*/prowadzący działalność gospodarczą*	
2. osoba w wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie dziennym lub studująca	
3. bezrobotny poszukujący pracy*/rencista poszukujący pracy	
4. rencista*/emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy	
5. dzieci i młodzież do lat 18	

V. Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje

1. samotnie	
2. z rodziną	
3. z osobami niespokrewnionymi	

VI. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą (w tym osoby niepełnosprawne)

Imię i nazwisko - pokrewieństwo	niepełnosprawność		Średni miesięczny dochód** [zł]
	stopień	rodzaj	
Dane dotyczące Wnioskodawcy			
1.	X		
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa:			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
RAZEM			

** przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

Oświadczam, że:

średni miesięczny dochód przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym obliczony zgodnie z powyższym pouczeniem wyniósł zł.

.....
.....

VII. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON?				Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Nr i data zawarcia umowy	Przyznana kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	Źródło: PFRON WOZiRON samorząd powiatowy
RAZEM		Kwota rozliczona			

VIII. Deklarowany udział własny Wnioskodawcy i/lub sponsora

1. deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania – ponad obowiązkowe 40%	%
2. deklarowany przez sponsora i udokumentowany % pokrycia kosztów realizacji zadania	%

IX. Dane informacyjne o Wnioskodawcy

a) wykształcenie	Zaznacz właściwe	b) rodzaj źródła utrzymania	Zaznacz właściwe
1. niepełne podstawowe		1. wynagrodzenia za pracę	
2. podstawowe		2. przychody z działalności gospodarczej	
3. zawodowe		3. renta stała*/emerytura*	
4. średnie ogólnokształcące		4. renta okresowa	
5. średnie zawodowe		5. renta szkoleniowa	
6. policealne		6. zasiłek dla bezrobotnych	
7. wyższe		7. zasiłek stały	
8. wyższe ze stopniem naukowym		8. stypendium	
		9. alimenty*/inne*	

X. Cel zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

.....

.....

.....

.....

XI. Wykaz planowanych zakupów

.....

.....

.....

.....

XII. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania zł.

cyframi
(słownie złotych:)

XIII. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

.....

.....

XIV. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego termin, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania

.....
.....

XV. Informacje dodatkowe i uzupełniające

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

Oświadczenie

Oświadczam, że:

1. W ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie uzyskałem/am odpowiednio na te cele dofinansowanie ze środków Funduszu,
2. W ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy z PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
3. Nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

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

Upředzona/y o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1,2 i 3 Kodeksu Karnego oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Skarżysku-Kamiennej.

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

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

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

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

PESEL NIP

miejscowość..... ulica nr domu nr lokalu
(dokładny adres)

nr kodu- poczta powiat

województwo nr tel./fachu (z nr. kier.)

ustanowiony opiekunem*/pełnomocnikiem*

(postanowieniem Sądu Rejonowego w z dn. sygn. akt*/ na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dn. repet. nr.)

*niepotrzebne skreślić

.....
miejsowość, data

.....
Pieczęć ZOZ lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA SPECJALISTY O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb PCPR w SKARŻYSKU-KAMIENNEJ
celem przyznania dofinansowania ze środków PFRON
do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego (ważne 3 m-ce od daty wystawienia)

Imię i nazwisko wnioskodawcy

Data urodzenia..... PESEL

zamieszkały (a)

1. Rodzaj schorzenia:

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

2. Nazwa sprzętu rehabilitacyjnego

.....
.....

3.Czy zachodzi potrzeba prowadzenia codziennej rehabilitacji przy użyciu w/w sprzętu rehabilitacyjnego w warunkach domowych?

NIE

TAK uzasadnienie

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

.....
Pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić

Załączniki do wniosku:

- Kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2011r. Nr 127, poz. 721)
- Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób wspólnie mieszkających z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób.
- Zaświadczenie lekarskie od specjalisty, **potwierdzające potrzebę rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego. (zał. Nr 1)**
- Zaświadczenie dyrektora powiatowego urzędu pracy o statusie w przypadku osób bezrobotnych lub poszukujących pracy.
- Zaświadczenia o dochodach Wnioskodawcy oraz osób pozostających we wspólnym gospodarstwie **domowym za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.**
- Ksero dowodu osobistego.
- 3 oferty cenowe na wnioskowany sprzęt zaakceptowane i podpisane przez Wnioskodawcę.
- Inne dokumenty wymagane przez PCPR.