

Nr sprawy:

**WNIOSEK
O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON DO ZAOPATRZENIA
W SPRZĘT REHABILITACYJNY**

Wnioskodawca: (WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

Imię i nazwisko nr telefonu

Adres zamieszkania, kod - Poczta,
miejscowość / ul.....

PESEL..... seria dowodu osobistego.....

W przypadku dziecka lub osoby ubezwłasnowolnionej

Imię i nazwisko dziecka/osoby ubezwłasnowolnionej

PESEL.....

Posiadane orzeczenie:**

znaczny, I grupa umiarkowany, II grupa lekki, III grupa

o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia

Orzeczony stopień ma charakter: trwały okresowy na okres do

Cel dofinansowania:

1. Wartość

2. Wartość

3. Wartość

4. Wartość

Wartość sprzętu **Kwota wnioskowana:**

Korzystanie ze środków PFRON:

Korzystałem/am ze środków PFRON* tak nie

Podać rok korzystania

Podać nazwę sprzętu

Posiadam wymagalne zobowiązania wobec PFRON tak nie

Sytuacja zawodowa wnioskodawcy:

Dzieci i młodzież do lat 18

Młodzież w wieku od 18 do 24 ucząca się lub studiująca

Zatrudniony

Prowadzący własną działalność gospodarczą

Bezrobotny/poszukujący zatrudnienia

Rencista/emeryt

Uzasadnienie zakupu:

Miejsce realizacji:

OŚWIADCZENIE**o wysokości dochodu i liczbie członków rodziny we wspólnym gospodarstwie domowym**

Poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą np. (mąż, syn, córka, itp.):		Przeciętny miesięczny dochód ¹
1.	WNIOSKODAWCA	
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
RAZEM:		

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód przypadający na jednego członka gospodarstwa domowego wynosi: zł gr.

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że:

1. Rozpatrzenie wniosku następuje na podstawie Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Uchwały Zarządu określającej regulamin przyznawania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny, rehabilitacyjny oraz środki pomocnicze.
2. Realizacja złożonych wniosków nastąpi z chwilą otrzymania środków finansowych przez PCPR na realizację powyższego zadania.
3. Dofinansowanie będzie przyznawane przez PCPR do wyczerpania środków finansowych PFRON przeznaczonych dla powiatu konińskiego i zatwierdzonych do wykorzystania na powyższy cel.
4. Wszelkie zmiany we wniosku jak i rezygnacje należy zgłaszać do PCPR w formie pisemnej
5. Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez PCPR w Koninie w zakresie wynikającym z wniosku, zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2016. poz. 922).
6. Prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam pod odpowiedzialnością karną przewidzianą w art. 233 § 1 i 2 Kodeksu Karnego (Dz. U. z 1997 r. nr 88 poz. 553 z późniejszymi zmianami).

Konin, dn.....

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy lub opiekun
prawnego osoby niepełnosprawnej

¹ przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych, pomniejszony o obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń, emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielonych przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku

Załączniki wymagane do wniosku:

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA PCPR (należy zaznaczyć właściwe)
		Dołączono do wniosku
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia potwierdzającego niepełnosprawność (oryginał do wglądu),	
2.	Ofertę cenową określającą cenę nabycia wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego,	
3.	Zaświadczenie lekarskie potwierdzające konieczność zakupu wnioskowanego sprzętu do rehabilitacji w warunkach domowych	
4.	W przypadku, gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego należy dołączyć kserokopię pełnomocnictwa lub postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu),	
5.	W przypadku osób niepełnosprawnych uczących się i niepracujących w wieku 18-24 lat, należy dołączyć aktualne zaświadczenie ze szkoły/uczelni o kontynuowaniu nauki.	
6.	Zaświadczenie o zatrudnieniu lub prowadzeniu własnej działalności	
<p>Potwierdzam zgodność z oryginałem kserokopii dokumentów dołączonych do wniosku data, pieczęć i podpis pracownika przyjmującego wniosek</p>		

**Wnioski przyjmowane są w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Koninie,
Al. 1 Maja 9, pok. 468, tel. (63) 243 03 10**

Wnioski dot. zadań PFRON można pobierać ze strony:

www.pcpr.konin.pl

Wyliczenie dofinansowania: (wypełnia PCPR)

Koszt całkowity

Udział wnioskodawcy

Kwota dofinansowania

Przelew Przekaz Odmowa

Lista numer:

Data

.....
(pieczęć zakładu)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
celem ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji
Osób Niepełnosprawnych do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

(PROSIMY WYPEŁNIĆ CZYTELNIE)

1. 1.WNIOSKODAWCA

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Nr PESEL

2. Rozpoznanie choroby zasadniczej oraz inne współistniejące choroby, a także schorzenia wynikające z rodzaju niepełnosprawności

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

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

TAK

NIE

4. Zalecany sprzęt rehabilitacyjny (podać nazwę)

5. Uzasadnienie potrzeby prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu w/w sprzętu oraz rokowania na przyszłość, w tym przewidywane skutki zmniejszenia niepełnosprawności

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

.....
Pieczęć imienna i podpis lekarza
specjalisty wystawiającego zaświadczenie

Zaświadczenie ważne 3 miesiące od daty wystawienia