

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       Prowadzący własną działalność gospodarczą  
 Młodzież w wieku od 18 do 24 ucząca się lub studiująca       Bezrobotny/poszukujący zatrudnienia  
 Zatrudniony       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 <sup>1</sup>
1.	<b>WNISKODAWCA</b>	
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
<b>RAZEM:</b>		

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 tut. Ośrodek 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. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu orzeczniczego zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (tzw. RODO).
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci nr telefonu i/lub adresu e-mail wpisanego we wniosku w celu przekazania informacji dotyczącej postępowania.
7. 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

<sup>1</sup> 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 .....  <span style="float: right;">data, pieczęć i podpis pracownika przyjmującego wniosek</span></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