

...../...../.....
numer kolejny wniosku/powiat/rok złożenia wniosku

.....
pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

.....
data wpływu kompletnego wniosku (dzień, miesiąc, rok)

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych sprzętu rehabilitacyjnego dla osoby niepełnosprawnej

Dane dotyczące wnioskodawcy (wypełnić drukowanymi literami)

..... syn/córka
nazwisko i imię/imiona imię ojca

seria nr wydany w dniu przez
dowód osobisty

data urodzenia nr PESEL nr tel

nr kodu-..... poczta województwo/powiat/.....
dokładny adres

miejsowość ulica nr domu nr lokalu

Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□

Proszę o dofinansowanie

należy podać nazwę sprzętu rehabilitacyjnego

Miejsce realizacji zadania

Przewidywany koszt realizacji zadania.....zł.

Przewidywany czas realizacji zadania ⁽¹⁾: 1 miesiąc 2 miesiące 3 miesiące inny.....

Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania wynosizł.

(słownie:

co stanowi% ceny brutto, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł.

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, pomniejszonej o przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotę dofinansowania.

(1) wstaw x we właściwej rubryce

Krótkie uzasadnienie składanego wniosku

.....

.....

.....

.....

.....

Informacje o Wnioskodawcy

I. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik⁽¹⁾

1.	znaczny	
•	inwalidzi I grupy,	
•	osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji,	
•	osoby o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny (orzeczenie wydane przed 1 stycznia 1998r.)	
•	osoby w wieku do lat 16, zaliczone do osób niepełnosprawnych, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
2.	umiarkowany	
•	inwalidzi II grupy,	
•	osoby całkowicie niezdolne do pracy,	
3.	lekki	
•	inwalidzi III grupy,	
•	osoby częściowo niezdolne do pracy	
•	osoby o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym (orzeczenie wydane przed 1 stycznia 1998r.)	

II. Rodzaj niepełnosprawności⁽¹⁾

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

III. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym wraz z wnioskodawcą

Lp	Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą (nie należy wpisywać imion i nazwisk osób)	Rok urodzenia	Stopień i rodzaj niepełnosprawności	
			stopień ⁽²⁾	rodzaj ⁽³⁾
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				

(1) wstaw x we właściwej rubryce

(2) wstaw właściwe oznaczenia cyfrowe z tabeli I.

(3) wstaw właściwe oznaczenia cyfrowe z tabeli II.

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

..... syn/córka
nazwisko i imię/imiona imię ojca

seria nr wydany w dniu przez
dowód osobisty

data urodzenia nr PESEL nr tel

nr kodu-..... poczta województwo/powiat/
dokładny adres

miejsowość ulica nr domu nr lokalu

ustanowiony opiekunem*/pełnomocnikiem*
(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. ... sygn. akt* / na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza ... z dn. ... repert. nr ...)

Załączniki do wniosku:

- kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych lub w przypadku dziecka kopię orzeczenia o zaliczeniu do osób niepełnosprawnych,
 - aktualne zaświadczenie lekarskie stwierdzające, że zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu rehabilitacyjnego, (załącznik nr 1)
 - oświadczenie o dochodach netto za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wnioskodawcy i osób prowadzących wspólne gospodarstwo domowe z wnioskodawcą, (załącznik nr 2)
 - oferta cenowa lub kosztorys na zakup sprzętu rehabilitacyjnego,
 - kopia dokumentu potwierdzającego prawo występowania w imieniu osoby niepełnosprawnej (np. jako: opiekun prawny, pełnomocnik)
- oraz do wglądu :
- dowód osobisty wnioskodawcy,

Adnotacje przyjmującego wniosek

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

I. Ocena zasadności wniosku

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

II. Decyzja o przyznaniu dofinansowania

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

.....
(data i podpis)

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**DOTYCZĄCE ZASADNOŚCI ZAKUPU SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO
DLA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Adres.....

.....

Rodzaj schorzenia

.....

.....

Nazwa sprzętu rehabilitacyjnego.....

.....

Uzasadnienie celowości zakupu w/w sprzętu rehabilitacyjnego oraz jego wpływ na poprawę
sprawności psychofizycznej osoby niepełnosprawnej :

.....

.....

.....

Czy zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego
sprzętu.....

.....

.....
miejsowość, data

.....
pieczęćka i podpis lekarza

OŚWIADCZENIE**Wnioskodawcy o dochodach we wspólnym gospodarstwie domowym**

Imię i nazwisko Wnioskodawcy

Adres zamieszkania

Oświadczam, iż moje wspólne gospodarstwo domowe, tworzą następujące osoby:

Lp.	Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą	Rok urodzenia	Dochód *miesięczny / netto /	
			Rodzaj dochodu** lub liczba hektarów przeliczeniowych	wysokość
1.	W N I O S K O D A W C A			
2.	UWAGA! Nie należy wpisywać imion i nazwisk osób, z którymi prowadzi się wspólne gospodarstwo domowe. Należy podać tylko ich rok urodzenia, stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą i dochód miesięczny.			
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
Ja bądź moi członkowie rodziny pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym posiadają gospodarstwo rolne <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK				
Łączny przeciętny miesięczny dochód rodziny /netto/:				

Oświadczam, że ja bądź moi członkowie rodziny pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym:

- 1) pobierają świadczenia z ośrodka pomocy społecznej NIE TAK (jakie?).....
.....
.....

Oświadczam, że w **kwartale poprzedzającym** miesiąc, w którym składany jest wniosek **przeciętny miesięczny dochód***** przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowymwyniósł: złotych.

Oświadczam, że znana jest mi odpowiedzialność karna za składanie fałszywych zeznań, przewidziana w artykule 233 K.k. zgodnie z którym za złożenie fałszywych zeznań grozi kara pozbawienia wolności do lat 3, jak również znana jest mi treść art. 297 K.k.

.....
data.....
czytelny podpis Wnioskodawcy/ przedstawiciela ustawowego/
opiekuna prawnego / pełnomocnika

* Jest to średni miesięczny dochód z kwartału poprzedzającego miesiąc złożenia wniosku w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składką z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób.

** Np.: praca, działalność gospodarcza, gospodarstwo rolne, renta, emerytura, itp., lub uczeń, student, brak dochodu.

*** Dochód łączny należy podzielić przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

UWAGA! Świadczenie pielęgnacyjne, zasiłek pielęgnacyjny, rodzinny i wychowawczy nie jest dochodem w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych.