

...../...../.....  
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 <sup>(1)</sup>:  1 miesiąc  2 miesiące  3 miesiące inny.....

Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania wynosi .....zł.

(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 kwotą dofinansowania.

(1) wstaw x we właściwej rubryce

## Krótkie uzasadnienie składanego wniosku

.....

.....

.....

.....

.....

## Informacje o Wnioskodawcy

### I. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik<sup>(1)</sup>

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<sup>(1)</sup>

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 <sup>(2)</sup>	rodzaj <sup>(3)</sup>
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 ustawy (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.	<b>WNIOSKODAWCA</b>			
2.	<b>UWAGA!</b> 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				
<b>Łączny przeciętny miesięczny dochód rodziny /netto/:</b>				

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.

**Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 Ustawy z dnia 06.06.1997 r. Kodeksu Karnego oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminują wniosek z dalszego rozpatrywania.**

.....  
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.