………………… ……………………………….

 Nr sprawy Data wpływu wniosku

#

#  Pieczęć i podpis pracownika …………………………

# W N I O S E K

**o udzielenie dofinansowania ze środków PFRON do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego dla osób niepełnosprawnych**

(proszę wypełnić czytelnie drukowanymi literami)

## **1. DANE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSEK**

Imię i nazwisko …………………………………………………………………………………………

Data urodzenia: \_\_\_\_\_- \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PESEL: ………………………………………….

ADRES ZAMIESZKANIA:

Ulica/nr domu/mieszkania ………………………………………………………………………………

Kod …….-……… Miejscowość………………………………………………………………………..

Telefon……………………………………………. e-mail…………………………………………..

**2. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/ OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA** (wypełnić jeśli dotyczy)

Imię i nazwisko:………………………………………………………………………………..

PESEL:…………………………………………………………………………………………

Dowód osobisty: seria …….. nr………….. wydany w dniu ……………….przez……………

ADRES ZAMIESZKANIA:

Ulica/nr domu/mieszkania ………………………………………………………………………………

Kod …….-……… Miejscowość…………………………………………………………………………

Telefon……………………………………………. e-mail………………………………………………

**3. STOPIŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:**

………………………………………………………………………

 ORGAN WYDAJĄCY DECYZJĘ O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:…………………………………………………………………………………………………………

**4. OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA ZAMIESZKUJE (zaznacz właściwe)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | samotnie |  |
| 2 | z rodziną |  |
| 3 | z osobami nie spokrewnionymi |  |

**5. INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON (zaznacz właściwe)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy osoba niepełnosprawna korzystała ze środków PFRON | TAK: | NIE: |
| Lp | Nr i data zawarcia umowy | Kwota | Cel umowy | Data przyznanego dofinansowania | Stan rozliczenia |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 **6. INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA**

* Cel dofinansowania :

………………..…………………………………………………………………………..………………………….….……………………………………………………………………………………………………………………

* Przedmiot dofinansowania:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zakupu:

…………………………………………………………………………………………………………

* Przewidywany koszt realizacji zadania:

…………………………………………………………………………………………………………

* Nakłady dotychczas poniesione na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc złożenia wniosku, wraz z podaniem źródeł finansowania:

…………………………………………………………………………………………………………

* Wysokość wnioskowanego dofinansowania w zł .

……………………………………………………………………………………………………………

**7. INFORMACJA O POSIADANYM RACHUNKU BANKOWYM**

* Posiadam/ nie posiadam rachunek bankowy.
* Nazwa banku ………………………………………….
* Numer rachunku bankowego:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**8. OŚWIADCZEBIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW**

 Oświadczam że, przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielny przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosi: …………………………………... zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: ………………………………

**9. DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ:**

* kopię orzeczenia lub kopię wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt. 1a lub art. 62 ustawy, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r.,
* aktualne zaświadczenie lekarskie, potwierdzające potrzebę stosowania sprzętu rehabilitacyjnego w związku z niepełnosprawnością w warunkach domowych ( wystawione czytelnie, w języku polskim zgodnie z załącznikiem do wniosku),
* oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym,
* oferta cenowa na wnioskowany sprzęt rehabilitacyjny,
* w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej – kserokopię zaświadczenia lub wyroku Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego,
* w przypadku reprezentowania osoby niepełnosprawnej przez pełnomocnika – kserokopię pełnomocnictwa poświadczonego przez notariusza.

**OŚWIADCZAM, ŻE:**

* nie mam zaległości wobec PFRON oraz że nie byłam/Em w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku strona umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
* posiadam środki finansowe w wysokości wystarczającej na pokrycie udziału własnego w realizacji zadania,
* wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji dofinansowania, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1182 z późn. zm.),

 …………………………………………………………………………………………………

 *Data i podpis wnioskodawcy (osoby niepełnosprawnej\* lub jej pełnomocnika\*, przedstawiciela ustawowego\*,*

*opiekuna prawnego\*)*

\*niepotrzebne skreślić