**Data wpływu:**

**Nr sprawy:**

**WNIOSEK**

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji**

**Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny**

**Część A – DANE WNIOSKODAWCY**

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY** | |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Imię:** |  |
| **Drugie imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Płeć** |  mężczyzna  kobieta |
|  | **ADRES ZAMIESZKANIA** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Rodzaj miejscowości:** | * miasto * wieś |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |

## ADRES KORESPONDENCYJNY

 Taki sam jak adres zamieszkania

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **DAN** | **E PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Imię:** |  |
| **Drugie imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Płeć:** |  mężczyzna  kobieta |
| **ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO** | |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |
| **Rodzaj miejscowości:** | * miasto * wieś |

|  |  |
| --- | --- |
| **STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** | |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:** | * tak * nie |
| **Stopień niepełnosprawności:** | * Znaczny * Umiarkowany * Lekki * Nie dotyczy |
| **Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:** | * bezterminowo * okresowo – do dnia: |
| **Grupa inwalidzka:** | * I grupa * II grupa * III grupa * nie dotyczy |
| **Niezdolność:** | * Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji * Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny * Osoby całkowicie niezdolne do pracy * Osoby częściowo niezdolne do pracy * Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym * Nie dotyczy |
| **Rodzaj niepełnosprawności:** | * 01-U – upośledzenie umysłowe * 02-P – choroby psychiczne * 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu * osoba głucha * osoba głuchoniema * 04-O – narząd wzroku * osoba niewidoma * osoba głuchoniewidoma * 05-R – narząd ruchu * wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy   wózka inwalidzkiego   * dysfunkcja obu kończyn górnych * 06-E – epilepsja * 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia * 08-T – choroby układu pokarmowego * 09-M – choroby układu moczowo-płciowego * 10-N – choroby neurologiczne * 11-I – inne * 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe |
| **Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:** | * tak * nie |
| **Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):** | * 2 przyczyny * 3 przyczyny |

# KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

**Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON:**

* Nie
* Tak

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON** | | | | |
| **Cel dofinansowania** | **Nr umowy** | **Data zawarcia umowy** | **Kwota**  **dofinansowania** | **Stan rozliczenia** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

# Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

## I. PRZEDMIOT WNIOSKU

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot** | | |  |
| **Nazwa pola** |  | | **Wartość** |
| **Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:** |  | |  |
| **Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):** |  | |  |
| **Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON – maksymalnie 80%:** |  | |  |
| **co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:** |  | |  |
| **Miejsce realizacji:** |  | |  |
| **Cel dofinansowania:** |  | |  |
| **PODSUMOWANIE (WSZYSTKIE PRZEDMIOTY)** | | | |
| **Nazwa pola** | | **Wartość** | |
| Przewidywany koszt: | |  | |
| **Kwota wnioskowana:** | |  | |
| **Uzasadnienie:** | |  | |

**FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH**

* Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Właściciel konta (imię i nazwisko):** |  |
| **Nazwa banku:** |  |
| **Nr rachunku bankowego:** |  |

* W kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)
* Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

## SYTUACJA ZAWODOWA

* Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
* Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
* Bezrobotny poszukujący pracy
* Rencista poszukujący pracy
* Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy  Dzieci i młodzież do lat 18  Inne / jakie?

**Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający

miesiąc złożenia wniosku, wynosił:………………………………. zł.

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

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

**Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Miejscowość* | *Data* | *Podpis Wnioskodawcy* |
|  |  |  |