
Nr kolejny wniosku

data złożenia kompletnego wniosku

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków PFRON do sprzętu
rehabilitacyjnego

DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL

Numer dokumentu tożsamości

Numer telefonu

Numer i nazwa konta bankowego

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO DLA MAŁOLETNIEGO WNIOSKODAWCY

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL

Numer dokumentu tożsamości

Numer telefonu

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB JEGO ODPOWIEDNIK¹

1.	Pierwsza grupa (znaczny stopień niepełnosprawności)	
2.	Druga grupa (umiarkowany stopień niepełnosprawności)	
3.	Trzecia grupa (lekki stopień niepełnosprawności)	
4.	Dziecko do 16 lat z orzeczoną niepełnosprawnością	

¹ wstawić X w odpowiednim miejscu

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODU

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:

OSOBY POZOSTAJĄCE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z WNIOSKODAWCĄ

LP	IMIĘ I NAZWISKO	STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA	DOCHÓD MIESIĘCZNY NETTO
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

INFORMACJE O PLANOWANYM PRZEDSIĘWZIĘCIU

Przedmiot dofinansowania

Uzasadnienie wniosku

Przewidywany koszt realizacji zadania zł

Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON – (max. do 80% wartości przedmiotu: zł

Wkład własny Wnioskodawcy (min. 20%) zł

DOTYCHCZASOWE KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON:

Data przyznania dofinansowania	Numer zawartej umowy	Cel	Kwota	Stan rozliczenia

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 zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2011 r. Nr. 127, poz. 721 z późniejszymi zmianami),
- Zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza specjalistę (wypełnione czytelnie i w języku polskim), o konieczności zastosowania danego sprzętu rehabilitacyjnego w warunkach domowych (**Załącznik nr 1**).

Oświadczenie:

1. Przyjmuję do wiadomości, że administratorem zebranych danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON do sprzętu rehabilitacyjnego zgodnie z art. 35 a ust. 1 pkt 7c ustawy z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. 2011 r. Nr 127 poz. 721 ze zmianami).
3. Oświadczam, że znam prawo do wglądu, zmiany i żądania zaprzestania przetwarzania swoich danych.
4. Podanie danych jest dobrowolne.
5. Oświadczam, iż nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Nie byłem/em w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
6. Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r.- Kodeks Karny (Dz. U. z 2016 r. poz. 1137) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
7. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis Wnioskodawcy, opiekuna

