

**WNIOSEK**  
**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB**  
**NIEPEŁNOSPRAWNYCH ZAOPATRZENIA W SPRZĘT REHABILITACYJNY**

**DANE WNIOSKODAWCY**

**DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

|                        |  |                     |   |
|------------------------|--|---------------------|---|
| <b>Imię:</b>           |  | <b>Drugie imię:</b> |   |
| <b>Nazwisko:</b>       |  | <b>PESEL:</b>       |   |
| <b>Data urodzenia:</b> |  | <b>Płeć:</b>        | <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna |

**ADRES ZAMIESZKANIA**

|                             |   |                        |  |
|-----------------------------|---|------------------------|--|
| <b>Miejscowość:</b>         |   | <b>Ulica:</b>          |  |
| <b>Numer domu:</b>          |   | <b>Numer lokalu:</b>   |  |
| <b>Kod pocztowy:</b>        |   | <b>Poczta:</b>         |  |
| <b>Rodzaj miejscowości:</b> | <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś | <b>Numer telefonu:</b> |  |
| <b>Adres email:</b>         |   |                        |  |

**ADRES KORESPONDENCYJNY**

taki sam jak adres zamieszkania

|                      |  |                      |  |
|----------------------|--|----------------------|--|
| <b>Miejscowość:</b>  |  | <b>Ulica:</b>        |  |
| <b>Numer domu:</b>   |  | <b>Numer lokalu:</b> |  |
| <b>Kod pocztowy:</b> |  | <b>Poczta:</b>       |  |

**DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**

|                        |  |                     |   |
|------------------------|--|---------------------|---|
| <b>Imię:</b>           |  | <b>Drugie imię:</b> |   |
| <b>Nazwisko:</b>       |  | <b>PESEL:</b>       |   |
| <b>Data urodzenia:</b> |  | <b>Płeć:</b>        | <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna |

**ADRES ZAMIESZKANIA i DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO**

dane takie same jak Wnioskodawcy

|                             |   |                        |  |
|-----------------------------|---|------------------------|--|
| <b>Miejscowość:</b>         |   | <b>Ulica:</b>          |  |
| <b>Numer domu:</b>          |   | <b>Numer lokalu:</b>   |  |
| <b>Kod pocztowy:</b>        |   | <b>Poczta:</b>         |  |
| <b>Rodzaj miejscowości:</b> | <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś | <b>Numer telefonu:</b> |  |
| <b>Adres email:</b>         |   |                        |  |

## STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <b>Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:</b>  |  | <input type="checkbox"/> <b>tak</b> <input type="checkbox"/> <b>nie</b>    |   |
| <b>Stopień niepełnosprawności:</b>   | <input type="checkbox"/> znaczny<br><input type="checkbox"/> umiarkowany<br><input type="checkbox"/> lekki<br><input type="checkbox"/> <b>nie dotyczy</b>  | <b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>                 | <input type="checkbox"/> bezterminowo<br><input type="checkbox"/> okresowo – do dnia: _____   |
| <b>Grupa inwalidzka:</b>   | <input type="checkbox"/> I grupa<br><input type="checkbox"/> II grupa<br><input type="checkbox"/> III grupa<br><input type="checkbox"/> <b>nie dotyczy</b> | <b>Niezdolność:</b>  | <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji<br><input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny<br><input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy<br><input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy<br>Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym<br><input type="checkbox"/> <b>nie dotyczy</b> |
| <b>Rodzaj niepełnosprawności:</b>  | <input type="checkbox"/> 01-U  | upośledzenie umysłowe  |   |
|  | <input type="checkbox"/> 02-P  | choroby psychiczne   |   |
|  | <input type="checkbox"/> 03-L  | zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu                                    | <input type="checkbox"/> osoba głucha<br><input type="checkbox"/> osoba głuchoniema   |
|  | <input type="checkbox"/> 04-O  | narząd wzroku  | <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma  |
|  | <input type="checkbox"/> 05-R  | narząd ruchu   | <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego<br><input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych  |
|  | <input type="checkbox"/> 06-E  | epilepsja  |   |
|  | <input type="checkbox"/> 07-S  | choroby układu oddechowego i krążenia                                      |   |
|  | <input type="checkbox"/> 08-T  | choroby układu pokarmowego   |   |
|  | <input type="checkbox"/> 09-M  | choroby układu moczowo-płciowego   |   |
|  | <input type="checkbox"/> 10-N  | choroby neurologiczne  |   |
|  | <input type="checkbox"/> 11-I  | inne   |   |
|  | <input type="checkbox"/> 12-C  | całościowe zaburzenia rozwojowe  |   |
| <b>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:</b> |  | <input type="checkbox"/> <b>tak</b><br><input type="checkbox"/> <b>nie</b> | <b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b><br><input type="checkbox"/> 2 przyczyny<br><input type="checkbox"/> 3 przyczyny  |

## ŚREDNI DOCHÓD

|  |   |
|--|---|
| <b>Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:</b>  | <input type="checkbox"/> <b>indywidualnie</b> <input type="checkbox"/> <b>wspólne</b> |
| <b>Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy<sup>1</sup>:</b> |   |
| <b>Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:</b>                                     |   |

## KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

(zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny i/lub likwidacja barier architektonicznych i/lub w komunikowaniu się i/lub technicznych i/lub dofinansowania w ramach programu Aktywny samorząd)

| <b>Ze środków finansowych PFRON:</b>         | <input type="checkbox"/> <b>nie korzystałam/em</b> <input type="checkbox"/> <b>korzystałam/em</b> |                     |                      |                  |
|--|---|---------------------|----------------------|------------------|
| CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANÝCH ŚRODKÓW PFRON |   |                     |                      |                  |
| CEL DOFINANSOWANIA                           | NUMER UMOWY   | DATA ZAWARCIA UMOWY | KWOTA DOFINANSOWANIA | STAN ROZLICZENIA |
|  |   |                     |                      |                  |
|  |   |                     |                      |                  |
|  |   |                     |                      |                  |
|  |   |                     |                      |                  |

<sup>1</sup> przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku

## PRZEDMIOT WNIOSKU

### PRZEDMIOT 1

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| 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:                              |  |  |  |

### PRZEDMIOT 2

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| 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:                              |  |  |  |

### PRZEDMIOT 3

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| 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)

|                     |  |
|---------------------|--|
| Przewidywany koszt: |  |
| Kwota wnioskowana:  |  |
| Uzasadnienie:       |  |

## FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Właściciel konta (imię i nazwisko):

Nazwa banku:

Numer rachunku bankowego:

przekazem pocztowym na adres zamieszkania Wnioskodawcy

**konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi**

## SYTUACJA ZAWODOWA

zatrudniony/ prowadzący działalność gospodarczą

bezrobotny poszukujący pracy

osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca

rencista poszukujący pracy

rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy

dzieci i młodzież do lat 18

inne/jakie:

## INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

### OŚWIADCZENIE

1. 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.
2. Oświadczam, iż nie mam zaległości wobec PFRON.
3. Oświadczam, że w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku nie byłam/byłem stroną umowy zawartej z PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
4. Zgodnie z § 14 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015 roku poz. 926 ze zm.) oraz § 6 ust. 5 szczegółowych zasad i procedur udzielania osobie fizycznej dofinansowania ze środków PFRON do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny stanowiących załącznik nr 1 do Zarządzenia Starosty Świeckiego nr 216/14 z dnia 24 lutego 2014 roku ze zm. przyjmuję do wiadomości, iż **dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionego przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.**
5. Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r. poz. 1444, 1517.) - 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.

*Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych dostępna jest w siedzibie PCPR ul. Wojska Polskiego 195 A, 86-100 Świecie oraz na stronie internetowej PCPR (<http://pcpr-swiecie.rbip.mojregion.info>)*

| MIEJSCOWOŚĆ | DATA | PODPIS WNIOSKODAWCY |
|-------------|------|---------------------|
|             |      |                     |

## ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

1. **Kserokopia orzeczenia** lub wypisu z treści orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności lub o niezdolności do pracy lub o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów, albo kopię orzeczenia o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydane go na stałe przed dniem 1 stycznia 1998r.
2. **Zaświadczenie od lekarza specjalisty** zawierające nazwę schorzenia (w języku polskim) oraz uzasadnienie wykorzystania sprzętu rehabilitacyjnego do indywidualnej rehabilitacji w warunkach domowych oraz nazwę sprzętu rehabilitacyjnego (na druku PCPR w Świeciu).