

**WNIOSK**  
o dofinansowanie ze środków  
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
zaopatrzenia w **sprzęt rehabilitacyjny** dla osoby niepełnosprawnej

**1. Dane dotyczące Wnioskodawcy (osoby niepełnosprawnej, której wniosek dotyczy)**

Nazwisko..... Imię ..... PESEL .....
Dowód osobisty seria .....nr ..... wydany w dniu .....r. przez .....ważny do .....r.
<b>Adres zamieszkania osoby niepełnosprawnej:</b>
Miejscowość..... Kod pocztowy ..... Ulica .....
Nr telefonu kontaktowego .....
Numer rachunku bankowego.....
Nazwa banku .....

**2. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego) / opiekuna prawnego / pełnomocnika**

<input type="checkbox"/> nie dotyczy, <input type="checkbox"/> przedstawiciel ustawowy, <input type="checkbox"/> opiekun prawny, <input type="checkbox"/> pełnomocnik *
Nazwisko..... Imię ..... PESEL .....
Dowód osobisty seria .....nr ..... wydany w dniu .....r. przez .....ważny do .....r.
<b>Adres zamieszkania:</b>
Miejscowość..... Kod pocztowy ..... Ulica .....
Nr telefonu kontaktowego .....
Numer rachunku bankowego.....
Nazwa banku .....

\* właściwe zaznaczyć

**3. Stan prawny dotyczący niepełnosprawności\***

<input type="checkbox"/> stopień znaczny	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka	<input type="checkbox"/> stała albo długotrwała niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym wydana przed dniem 1 stycznia 1998r. (dla osób, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny)
--	---	---	---

<input type="checkbox"/> stopień umiarkowany	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka	-
<input type="checkbox"/> stopień lekki	<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka	<input type="checkbox"/> stała albo długotrwała niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym wydana przed dniem 1 stycznia 1998r.
<input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności (dla dzieci do 16 roku życia)			

\* właściwe zaznaczyć

#### 4. Rodzaj niepełnosprawności\*

<input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu, w zakresie:	<input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych	<input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej
	<input type="checkbox"/> obu kończyn górnych	<input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej
	<input type="checkbox"/> innym (wymienić).....	
Wnioskodawca (osoba niepełnosprawna) porusza się:	za pomocą: <input type="checkbox"/> wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> kuli/kul łokciowych	
	<input type="checkbox"/> balkonika/podpórki <input type="checkbox"/> inne (wymienić).....	
	<input type="checkbox"/> samodzielnie	<input type="checkbox"/> osoba leżąca
<b>Inny rodzaj niepełnosprawności*</b>		
<input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe (01-U)	<input type="checkbox"/> choroby psychiczne (02-P)	<input type="checkbox"/> zaburzenie głosu, mowy i choroby słuchu (03-L)
<input type="checkbox"/> choroby narządu wzroku (04-O)	<input type="checkbox"/> choroby układu oddechowego i krążenia (07-S)	<input type="checkbox"/> choroby układu pokarmowego (08-T)
<input type="checkbox"/> epilepsja (06-E)	<input type="checkbox"/> choroby układu moczowo-płciowego (09-M)	<input type="checkbox"/> inne (11-I)
<input type="checkbox"/> choroby układu moczowo-płciowego (09-M)	<input type="checkbox"/> inne (11-I)	<input type="checkbox"/> całościowe zaburzenia rozwojowe (12-C)

\* właściwe zaznaczyć

#### 5. Sytuacja zawodowa

<input type="checkbox"/> dzieci i młodzież do 18 roku życia	<input type="checkbox"/> osoba w wieku od 18 do 24 roku życia ucząca się
<input type="checkbox"/> zatrudniona/-y	<input type="checkbox"/> prowadząca/-y działalność gospodarczą
<input type="checkbox"/> bezrobotna/-y	<input type="checkbox"/> emeryt <input type="checkbox"/> rencista <input type="checkbox"/> inne .....

#### 6. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą (w tym osoby niepełnosprawne).

Lp.	Stopień pokrewieństwa/powinowactwa wobec Wnioskodawcy (np. syn, córka, żona itp.)	Stopień niepełnosprawności (jeżeli istnieje)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

#### 7. Oświadczenie Wnioskodawcy o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

Oświadczam, iż 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 miesięcznie /na 1 osobę.

Oświadczam, że (właściwe zaznaczyć):

- jestem osobą samotnie gospodarującą;
- liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi (wpisać liczbę osób) .....

**8. Informacja o realizacji przez Wnioskodawcę zobowiązań wobec PFRON**

Czy Wnioskodawca ma zaległości wobec PFRON*	Jeżeli <b>tak</b> to proszę podać rodzaj i wysokość zaległości
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	.....zł
Czy Wnioskodawca był w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy*	
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	

\* właściwe zaznaczyć

**9. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON w okresie 5 lat poprzedzających rok złożenia wniosku**

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON*			<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
			(Jeżeli <b>tak</b> to należy wypełnić poniżej)	
Numer i data zawarcia umowy	Kwota przyznanego dofinansowania	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia (kwota rozliczona)
Razem kwota:		Razem kwota rozliczona:		

\* właściwe zaznaczyć

**10. Przedmiot dofinansowania** (nazwa sprzętu rehabilitacyjnego, przy użyciu którego zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych)

..... ..... .....
-------------------------

**11. Przewidywalny koszt realizacji zadania**

1. Przewidywalny koszt realizacji zadania (100% ceny brutto)	..... zł
2. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON (do 80% kosztów przedsięwzięcia, nie więcej niż do wysokości pięciokrotnego przeciętnego wynagrodzenia)	..... zł
3. Deklarowane środki własne (minimum 20%)	.....zł

**12. Miejsce realizacji zadania** (dokładny adres)

.....
-------



**Dokumenty wymagane do wniosku**  
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji  
Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osoby niepełnosprawnej

UWAGA Należy przedłożyć oryginały wymaganych dokumentów (do wglądu) lub prawidłowo uwierzytelnione przez organ uprawniony kopie dokumentów.

Lp.	Do wniosku należy dołączyć:	Wypełnia pracownik PCPR		
		Załączono do wniosku	Uzupełniono	uwagi
1.	Aktualne orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności lub całkowitej niezdolności do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji lub całkowitej niezdolności do pracy lub częściowej niezdolności do pracy lub grupie inwalidzkiej lub stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanej przed dniem 1 stycznia 1998r.	Tak [ ] Nie[ ]	Tak [ ] Nie[ ]	
2	Aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane przez lekarza specjalistę – załącznik nr 1 do wniosku	Tak [ ] Nie[ ]	Tak [ ] Nie[ ]	
3.	Oświadczenie wnioskodawcy - załącznik nr 2 do wniosku	Tak [ ] Nie[ ]	Tak [ ] Nie[ ]	
4.	Akt urodzenia dziecka - w przypadku gdy wniosek dotyczy niepełnoletniej osoby*	Tak [ ] Nie[ ]	Tak [ ] Nie[ ]	
5.	Aktualne orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności lub całkowitej niezdolności do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji lub całkowitej niezdolności do pracy lub częściowej niezdolności do pracy lub grupie inwalidzkiej lub stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanej przed dniem 1 stycznia 1998r. <u>osób mieszkających wspólnie z wnioskodawcą*</u>	Tak [ ] Nie[ ]	Tak [ ] Nie[ ]	

\* jeżeli dotyczy

.....  
data i podpis pracownika PCPR w Nakle nad Notecią

.....  
oznaczenie zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**  
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nakle nad Notecią

UWAGA Zaświadczenie wypełnia **lekarz specjalista** w związku z rodzajem niepełnosprawności osoby,  
której wniosek dotyczy

Należy wypełnić wszystkie punkty czytelnie w języku polskim.

Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej .....

PESEL .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

.....  
.....

2. Rodzaj niepełnosprawności .....

3. Nazwa zalecanego sprzętu rehabilitacyjnego .....

.....

4. Uzasadnienie konieczności stosowania sprzętu rehabilitacyjnego w warunkach domowych.

.....

.....

.....

.....

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(podpis i pieczęć lekarza)

### Oświadczenie Wnioskodawcy

Ja niżej podpisana/-y ..... legitymująca/-y się  
(imię i nazwisko)

dowodem osobistym nr ..... wydanym przez .....,  
PESEL ..... świadoma/-y odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 §1 i §2  
ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. *kodeks karny* (Dz.U. z 1997r. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.)\*

oświadczam, iż

1) moim miejscem zamieszkania zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. *kodeks cywilny*  
(j.t. Dz.U. z 2014r. poz. 121 z późn. zm.)\*\* jest:

.....  
(dokładny adres)

.....  
data i podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/  
opiekuna prawnego/pełnomocnika

---

\* Art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. *kodeks karny*:

§ 1. „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.”

§ 2. „Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.”

\*\* Art. 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. *kodeks cywilny* „Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.”