Pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 Kościerzynie, przy ul. Krasickiego 4.
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 byłam/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. Nr 88, poz. 553 ze zmianami) 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

Załącznik nr 1 do formularza wniosku

