



**II. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:\***

<b>1. znaczny:</b> - inwalidzi I grupy - osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji - osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny, wydane przed 1.01.1998 r. na stałe	
<b>2. umiarkowany:</b> - inwalidzi II grupy - osoby całkowicie niezdolne do pracy	
<b>3. lekki:</b> - inwalidzi III grupy - osoby częściowo niezdolne do pracy - osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	
<b>4. osoby w wieku do lat 16 z aktualnym orzeczeniem o niepełnosprawności</b>	

**III. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:\***

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
7. inne .....(jaki?)	

**IV. SYTUACJA ZAWODOWA WNIOSKODAWCY:\***

1. zatrudniony / prowadzący działalność gospodarczą	
2. bezrobotny / poszukujący pracy	
3. rencista / emeryt niezainteresowany podjęciem pracy	
4. rencista poszukujący pracy	
5. młodzież od lat 18 do 24 ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca	

**V. INFORMACJE O KWOTACH PRYZNANYCH WCZEŚNIEJ ZE ŚRODKÓW PFRON**

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON (w ciągu ostatnich 3 lat)		<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK
Nr zawartej umowy	Cel i data przyznania dofinansowania	Stan rozliczenia (data i kwota rozliczenia)	

\* proszę wstawić znak X w odpowiedniej kratce oraz niewłaściwe skreślić

**B. INFORMACJE O PRZEDMIOCIE WNIOSKU:**

**I.** Przedmiot dofinansowania (*nazwa urządzenia*): .....

**II.** Miejsce realizacji zadania (*miejsce użytkowania*): .....

**III.** Cel dofinansowania i uzasadnienie wniosku:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**IV.** Przewidywany koszt realizacji zadania: ..... zł

**V.** Kwota wnioskowanego dofinansowania: ..... zł

co stanowi ..... % realizacji zadania (*maksymalnie do 95%*).

Udział własny w zakupie urządzenia: ..... zł

to jest ..... % kosztu.

**VI.** Termin rozpoczęcia: ..... i przewidywany

czas realizacji zadania: .....

**VII.** Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania:

.....

**VIII. Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks Karny (Dz. U. z 1997 r. nr 88, poz. 553 z późn. zm.) oświadczam, że:**

1. Nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.
2. Oświadczam, że o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem PCPR w Puławach.
3. Posiadam środki własne w wysokości nieobjętej wnioskowanym dofinansowaniem ze środków PFRON.
4. Dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
5. Przyjmuję do wiadomości, że dofinansowanie nie obejmuje kosztów realizacji zadania poniesionych przed zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.

**Ponadto:**

1. Wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w treści wniosku oraz załącznikach, w bazie danych PCPR w Puławach dla potrzeb realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r., poz. 2135).
2. O zaistniałych zmianach po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować PCPR w ciągu **14 dni**.

.....  
miejscowość i data

.....  
czytelny podpis Wnioskodawcy lub przedstawiciela  
ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika

**C. ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU (wypełnia PCPR):**

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak/nie	Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
<b>1.</b> kopia orzeczenia o: - stopniu niepełnosprawności, bądź grupie inwalidzkiej - niezdolności do pracy - niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, wydane przed 1.01.1998 r. na stałe - niepełnosprawności osoby do 16 roku życia			
<b>2.</b> kopia orzeczeń o stopniu niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą (w przypadku takich osób)			
<b>3.</b> oświadczenie o wysokości dochodów netto (załącznik nr 1)			
<b>4.</b> oferta cenowa sprzętu wydana przez sklep, hurtownię itp. (co najmniej 2 oferty)			
<b>5.</b> aktualne zaświadczenie lekarskie o rodzaju niepełnosprawności (załącznik nr 2)			
<b>6.</b> udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania, w przypadku częściowego finansowania zadania z innych źródeł			
<b>7.</b> orzeczenie z Poradni Psychologiczno Pedagogicznej ze wskazaniem do indywidualnego nauczania w domu (jeśli dotyczy)			
<b>8.</b> zaświadczenie ze szkoły o nauce (jeśli dotyczy)			
<b>9.</b> inne .....			
.....			

**Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych we wniosku:**

.....  
data i podpis pracownika PCPR

*Wniosek opracowano na podstawie Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dn. 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON. (Dz. U. z 2015 r., poz. 926 z późn. zm.)*

## OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Ja niżej podpisany(a) ..... zamieszkały(a)  
(imię i nazwisko)

.....  
(ulica, numer domu, numer mieszkania, kod pocztowy, miejscowość)

pouczony(a) o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 §1\* i §2\*\* ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeksu Karnego (Dz. U. z 1997 r. Nr 88 poz. 553 z późn. zm.) – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy **oświadczam, że średnie miesięczne dochody netto członków mojej rodziny**, w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych, pomniejszone o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych na rzecz osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, **obliczone za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku** wynosiły:

Lp.		Średni miesięczny dochód netto liczony za ostatni kwartał
1.	<b>Wnioskodawca:</b>	
<b>Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy wspólnie się utrzymujące i mieszkające bez względu na wiek i pokrewieństwo (w tym osoby niepełnosprawne)</b>		
	<b>Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą</b>	<b>Stopień i rodzaj niepełnosprawności</b>
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
<b>RAZEM</b>		
<b>Średni dochód na 1 osobę:</b>		

.....  
miejscowość i data

.....  
czytelny podpis Wnioskodawcy, przedstawiciela  
ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika

\* art. 233 §1 – kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3

\*\* art. 233 §2 – warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swych uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania lub odebrał od niego przyrzeczenie

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE\*

(wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i Nazwisko .....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

## 1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....

## 2. Przebieg schorzenia podstawowego – początek, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby:

.....

## 3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

.....

## 4. Sprawność osoby niepełnosprawnej:

### kończyn górnych:

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowicie niesprawne

### kończyn dolnych:

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowicie niesprawne

### Osoba porusza się:

- samodzielnie
- z częściową pomocą
- wyłącznie z pomocą
- na wózku inwalidzkim
- jest osobą leżącą

## 5. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy):

.....

## 6. Używane zaopatrzenie ortopedyczne:

.....

## 7. Informacje uzupełniające:

.....

.....  
data

.....  
pieczęć i podpis lekarza

\* dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Puławach; ważne trzy miesiące od daty wystawienia