



**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie  
w Puławach**  
al. Królewska 3, 24-100 Puławy  
tel./fax. 81 888 04 92  
NIP 716-229-41-36, REGON 431029926  
www.pcpr.pulawy.pl

nr CR.7021.....

Wniosek kompletny przyjęto w PCPR w Puławach w dniu .....

.....  
pieczętka wpływu .....

**WNIOSEK  
o dofinansowanie ze środków  
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego dla osoby niepełnosprawnej**

**A. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY (wypełnić czytelnie):**

Imię i Nazwisko ..... ur. .... lat .....  
PESEL ..... dowód osobisty: seria ..... nr .....  
wydanym w dniu ..... przez .....  
zamieszkały/a w ..... ulica .....  
nr domu ..... nr lokalu ..... kod poczt. .... - .....  
poczta ..... powiat .....  
nr tel. ....  
nazwa banku i numer rachunku bankowego:.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**I. PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY, OPIEKUN PRAWNY LUB PEŁNOMOCNIK:**

Imię i Nazwisko ..... ur. .... lat .....  
PESEL ..... dowód osobisty: seria ..... nr .....  
wydanym w dniu ..... przez .....  
zamieszkały/a w ..... ulica .....  
nr domu ..... nr lokalu ..... kod poczt. .... - .....  
poczta ..... powiat .....  
nr tel. ....  
ustanowiony opiekunem /pełnomocnikiem .....  
– postanowieniem Sądu ..... z dnia ..... sygn. akt.....  
– na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza .....  
z dnia ..... repet. Nr .....

## II. 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)	

### B. INFORMACJE O PRZEDMIOCIE WNIOSKU:

1. Przedmiot dofinansowania : .....
2. Przeznaczenie wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego: .....
3. Uzasadnienie wniosku (*spodziewany wpływ wykorzystania sprzętu rehabilitacyjnego na poprawę sprawności psychofizycznej Wnioskodawcy*):  
.....  
.....  
.....
4. Miejsce realizacji zadania (*miejsce użytkowania*): .....
5. Przewidywany koszt zakupu sprzętu ..... zł
6. Kwota wnioskowanego dofinansowania: ..... zł to jest ..... % ceny zakupu sprzętu (*maksymalnie do 80%*).
7. Udział własny w zakupie sprzętu: ..... zł to jest ..... % ceny zakupu sprzętu.

### 8. 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**.

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

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

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak/nie	Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
1. 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			
2. kopia orzeczeń o stopniu niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą (w przypadku takich osób)			
3. oświadczenie o wysokości dochodów netto (załącznik nr 1)			
4. oferta cenowa sprzętu wydana przez sklep, hurtownię itp. (co najmniej 2)			
5. aktualne zaświadczenie lekarskie – <b>wystawione przez lekarza specjalistę</b> (załącznik nr 2)			
6. .... .....			

**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

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE\*

(wypełnić czytelnie w języku polskim)

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

Imię i Nazwisko .....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

Rozpoznanie: .....

.....

.....

.....

Niepełnosprawność dotyczy narządu /układu .....

## SPRAWNOŚĆ KOŃCZYN

### GÓRNYCH:

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowicie niesprawne

## SPRAWNOŚĆ KOŃCZYN

### DOLNYCH:

- pełna
- częściowo ograniczona z pomocą
- całkowicie niesprawne z pomocą

## OSOBA PORUSZA SIĘ:

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

## OSOBA POSIADA:

- protezę kończyn górnych ( jednostronna,  obustronna)
- protezę kończyn dolnych ( jednostronna,  obustronna)

## ZALECANY SPRZĘT I PRZEWIDYWANE EFEKTY REHABILITACJI:

.....

.....

**Stwierdzam, że zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu ww. sprzętu.**

.....

data

.....

pieczęć i podpis lekarza specjalisty

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