



POWIATOWE CENTRUM
POMOCY RODZINIE

POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W POZNANIU

ul. Słowackiego 8, 60 – 823 Poznań

tel. 61 22 22 906

e-mail: pcpr@powiat.poznan.pl,

www.pcpr.powiat.poznan.pl



Pieczęć z datą wpływu do PCPR

Nr wniosku IV.522

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób

Niepełnosprawnych zaopatrzenia osób niepełnosprawnych w SPRZĘT REHABILITACYJNY

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub jej pełnomocnik, a w przypadku osoby niepełnoletniej rodzic bądź opiekun prawny, proszę wypełnić czytelnie, drukowanymi literami)

I. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY - osoby niepełnosprawnej

Imię i nazwisko.....

PESEL: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

adres zamieszkania

ulica nr domunr lokalu

kod-..... miejscowośćgmina.....

telefon..... e-mail.....

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY/ OPIEKUN PRAWNY/PEŁNOMOCNIK

(wypełnić, jeśli dotyczy)

Imię i nazwisko.....

PESEL: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

adres zamieszkania (wypełnić, gdy jest inny niż Wnioskodawcy)

ulica nr domu nr lokalu

kod-..... miejscowośćgmina

telefon..... e-mail.....

Opiekun prawny ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego w z dnia sygn. akt

Pełnomocnik na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dnia repetytorium nr

Stopień niepełnosprawności (wstawić X we właściwej rubryce)

znaczny – (inwalidzi I grupy, osoby całkowicie niezdolne do pracy i samodzielnej egzystencji oraz osoby o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny na podstawie orzeczenia wydanego przed 1998 r.)	
umiarkowany – (inwalidzi II grupy oraz osoby całkowicie niezdolne do pracy)	
lekki – (pozostali inwalidzi III grupy, osoby częściowo niezdolne do pracy oraz osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym na podstawie orzeczenia wydanego przed 1998 r.)	
osoba w wieku do lat 16 z orzeczeniem o niepełnosprawności.	

Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą

		Stopień niepełnosprawności (jeśli dotyczy)	Przeciętny miesięczny dochód (netto), obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek *
1.	Wnioskodawca:		
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą			
2.			
3.			
4.			
5.			
RAZEM:			

* jest to dochód wszystkich wspólnie zamieszkujących i prowadzących wspólne gospodarstwo domowe osób, obliczany za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek, w rozumieniu ustawy o świadczeniach rodzinnych, pomniejszony o podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób.

II. INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON		<input type="checkbox"/> Tak (należy wypełnić tabelę) <input type="checkbox"/> Nie	
Cel dofinansowania	Nr umowy	Data przyznania dofinansowania	Stan rozliczenia
Likwidacja barier architektonicznych			
Likwidację barier technicznych			
Likwidacja barier w komunikowaniu się			
Zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny			
Inny (jaki)			

III. INFORMACJE O PRZEDMIOCIE DOFINANSOWANIA - cel dofinansowania.

1. Uzasadnienie potrzeby zakupu sprzętu rehabilitacyjnego do prowadzenia czynnej rehabilitacji w warunkach domowych:

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

2. Wnioskuję o dofinansowanie do zakupu:

Lp.	Nazwa sprzętu rehabilitacyjnego	Przewidywany koszt realizacji (w zł)
RAZEM		

(Wnioskodawca we własnym zakresie dokonuje rozpoznania cen (brutto) zakupu sprzętu rehabilitacyjnego)

3. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania:zł

(słownie:..... zł),

co stanowi maksymalnie 80 % kwoty brutto kosztów zakupu.

4. Udział własny w kosztach realizacji zadania zł

(słownie:..... zł),

co stanowi minimum 20 % kwoty brutto kosztów zakupu.

5. Informacja o rachunku bankowym Wnioskodawcy lub osoby upoważnionej:

Właściciel rachunku bankowego (*imię i nazwisko*)

Nazwa banku

Nr rachunku bankowego:

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

IV. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

1. Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny na jedną osobę w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2017 r. poz.1952), obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:

wynosi zł.

słownie:

Łączna liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym:

2. Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych PCPR w Poznaniu dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji mojego wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2016 poz. 922).
3. Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zwanego dalej Funduszem i nie byłem/em w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
4. Oświadczam, że posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach zadania w wysokości minimum 20 % łącznej kwoty wnioskowanego dofinansowania, o którym mowa w rozdz. III pkt. 4 niniejszego wniosku.
5. Oświadczam, że zapoznałem się z procedurą dotyczącą przyznawania w bieżącym roku dofinansowania do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny zamieszczoną na stronie: www.pcpr.powiat.poznan.pl
6. Świadoma(y) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks karny (Dz. U. z 2016 r. poz. 1137) oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku podane zostały zgodnie z prawdą.
7. Przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku ujawnienia zawartych we wniosku nieprawdziwych informacji, decyzja na podstawie której przyznano środki finansowe Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zostanie anulowana, a Wnioskodawca zobowiązany zostanie do zwrotu przekazanych przez PCPR środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonania płatności tych środków.
8. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku powzięcia wątpliwości odnośnie podanych we wniosku o dofinansowanie danych, w szczególności, co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, PCPR wezwie Wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.
9. Przyjmuję do wiadomości, że złożenie wniosku o dofinansowanie nie jest równoznaczne z jego przyznaniem. Nie gwarantuje też, że kwota przyznanego dofinansowania będzie równa oczekiwanej przez Wnioskodawcę.
10. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się poinformować w ciągu 14 dni od ich powstania.
11. Oświadczam, że są mi znane następujące informacje:
 - a) dofinansowanie nie przysługuje osobom, które w ciągu 3 lat przed dniem złożenia wniosku były, stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie tej osoby,

- b) dofinansowanie nie przysługuje, jeżeli Wnioskodawca ma zaległości wobec Funduszu,
- c) dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie,
- d) podstawę dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych stanowi umowa zawarta pomiędzy Starostą Poznańskim reprezentowanym przez Dyrektora PCPR a Wnioskodawcą,
- e) nieusunięcie ewentualnych uchybień we wniosku w wyznaczonym przez PCPR terminie 30 dni, skutkować będzie pozostawieniem wniosku bez rozpatrzenia,
- f) niniejszy wniosek zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i uchwaleniu planu finansowego na dany rok.

** niepotrzebne skreślić*

.....
podpis Wnioskodawcy/ przedstawiciela ustawowego*/
opiekuna prawnego / pełnomocnika*

ZAŁĄCZNIKI (DOKUMENTY) WYMAGANE DO WNIOSKU

Lp.	Nazwa załącznika	Wypełnia pracownik PCPR		
		Załączono do wniosku TAK/NIE	Uzupełniono TAK / NIE	Data uzupełnienia /uwagi/
1.	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub inne równoważne potwierdzające niepełnosprawność Wnioskodawcy i innych osób wspólnie zamieszkujących – oryginał do wglądu			
2.	Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające opis przyczyny niepełnosprawności i szczegółowe uzasadnienie celowości zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, – według załącznika <i>(zaświadczenie ważne 3 miesiące od daty wystawienia)</i>			
3.	Oferta cenowa od sprzedawcy			
4.	W przypadku osoby uczącej się dodatkowo opinia psychologa/pedagoga szkolnego uzasadniająca potrzebę posiadania komputera w celu komunikowania się lub orzeczenie o potrzebie kształcenia indywidualnego			
5.	Kopia pełnomocnictwa lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego – oryginał do wglądu			

.....
Podpis pracownika PCPR

**Załącznik do wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych zaopatrzenia osób niepełnosprawnych w sprzęt rehabilitacyjny.**

....., dnia
(miejscowość)

.....
**Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej**

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

1. Rodzaj schorzenia Pacjenta

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

2. Zalecany sprzęt rehabilitacyjny

.....
.....

3. Uzasadnienie celowości zakupu w/w sprzętu rehabilitacyjnego oraz jego wpływ na poprawę
sprawności organizmu osoby niepełnosprawnej (przewidywane efekty)

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

4. Uzasadnienie potrzeby prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu w/w sprzętu

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

.....
Pieczętka i podpis lekarza