



**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.	

**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 ze wskazaniem oczekiwanych efektów:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



#### 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, 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: .....

*\*\*Należy podać kwoty” netto”, tj. bez wliczania 500+, zasiłku stałego, zasiłku pielęgnacyjnego, dodatku pielęgnacyjnego, świadczenia uzupełniającego.*

2. Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zwanego dalej Funduszem i nie byłam/em w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

3. 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.

4. Oświadczam, że zapoznałem się z procedurą dotyczącą przyznawania w bieżącym roku dofinansowania do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny zamieszczoną na stronie: [www.pcpr.poznan.pl](http://www.pcpr.poznan.pl)

5. 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 oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku podane zostały zgodnie z prawdą.

6. 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.

7. 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.

8. 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.

9. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni od ich powstania.

10. 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.
11. O dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny przyznawane na podstawie odrębnych przepisów mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, jeżeli średni miesięczny dochód netto, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, nie przekracza kwot:
- a) 50% przeciętnego wynagrodzenia na członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym,
  - b) 65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej.
12. **OŚWIADCZAM, ŻE PRZEDSTAWIONO MI KLAUZULĘ INFORMACYJNĄ O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH DLA OSÓB UBIELAJĄCYCH SIĘ O DOFINANSOWANIE** – klauzula dostępna jest na stronie internetowej [www.pcpwr.poznan.pl](http://www.pcpwr.poznan.pl) oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie.

Miejscowość ..... data .....

\* niepotrzebne skreślić

.....

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

## **ZAŁĄCZNIKI (DOKUMENTY) WYMAGANE DO WNIOSKU**

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego Wnioskodawcy i innych osób wspólnie zamieszkujących – oryginały do wglądu.
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie – według załącznika (*zaświadczenie ważne 3 miesiące od daty wystawienia*).
3. Dokument potwierdzający posiadanie innych źródeł finansowania, (*jeśli dotyczy*).
4. Kopia pełnomocnictwa lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego – oryginał do wglądu.
5. Oferta cenowa od sprzedawcy.

**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 ww. sprzętu rehabilitacyjnego oraz jego wpływ na poprawę sprawności organizmu osoby niepełnosprawnej (przewidywane efekty)**

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

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

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

.....  
**Pieczętka i podpis lekarza**