WNIOSEK

O DOFINANSOWANIE ZAOPATRZENIA W SPRZĘT REHABILITACYJNY

dla indywidualnych osób niepełnosprawnych

Data przyjęcia wniosku: Nr sprawy:

…….. ……

I. Dane osoby ubiegającej się o dofinansowanie

Imię..... Nazwisko .....

Data urodzenia ..... PESEL .....

NIP:..... Nr telefonu: .....

Adres zamieszkania: .....

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY/OPIEKUN/ PEŁNOMOCNIK

Imię ..... Nazwisko .....

PESEL:.....NIP.....

Adres zamieszkania : .....
ustanowiony opiekunem/pełnomocnikiem* .....
*postanowieniem Sądu Rejonowego .....z dnia.....sygn.akt.
.....na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez
Notariusza .....z dnia ..... rep. Nr. .....

II. Cel dofinansowania i miejsce realizacji: .....

.....

III. Przedmiot dofinansowania

…….....

IV. Przewidywany koszt realizacji zadania

Nazwa sprzętu rehabilitacyjnego	Wartość sprzętu rehabilitacyjnego w złotych	Środki własne Wnioskodawcy w złotych	Inne źródła finansowania w złotych
RAZEM			

Wnioskowana kwota dofinansowania : ..... zł
(słownie): .....

V. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON :
Czy wnioskodawca ubiegał się o dofinansowanie z PFRON w ciągu ostatnich 3 lat
Tak € Nie €

Nr umowy i data zawarcia	Kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia
Razem		Razem kwota rozliczona:		

Nazwa Banku gdzie wnioskodawca posiada założony rachunek bankowy

.....
numer rachunku bankowego

Uwaga zakup sprzętu rehabilitacyjnego można dokonać po podpisaniu umowy ze Starostą Powiatu Krośnieńskiego o dofinansowaniu zakupu ze środków PFRON

OŚWIADCZENIE
Wnioskodawcy o dochodach

Ja niżej podpisany(a) ..... zamieszkały(a):
Imię i nazwisko
Miejscowość ....., ulica .....

Kod pocztowy ……

oświadczam, że we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

Lp.	**Imię i Nazwisko**	**Stopień pokrewieństwa**	**Dochód w rozumieniu ustawy o świadcz rodzinnych za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku**
1.		**wnioskodawca**	
2.			
3.			
4.			
		RAZEM	

Oświadczam, że średni miesięczny dochód, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi

…… zł. Słownie: **……**

<u>Do wniosku załączam:</u>

1) kserokopię ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, grupie inwalidzkiej lub o niepełnosprawności,
2) aktualne zaświadczenie lekarskie na określony sprzęt rehabilitacyjny stosowny do potrzeb wynikających z niepełnosprawności,
3) inne dokumenty .....

Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Krośnie dla celów tej jednostki zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r., Nr 101, poz.926 z póź.zm).

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

.....
podpis wnioskodawcy*, przedstawiciela ustawowego*, opiekuna prawnego*, pełnomocnika*

\

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla potrzeb ubiegania się przez osobę niepełnosprawną o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

Pan/Pani.....urodzony/a.....

Zamieszkały/a .....

Posiada dysfunkcje narządu ruchu (określić jakie) lub inne schorzenia : .....

.....

.....

.....

.....

W/w osoba niepełnosprawna wymaga rehabilitacji w zakresie :

.....

.....

.....

.....

Zalecany sprzęt rehabilitacyjny :

.....

.....

.....

Krosno, dnia ....

(pieczęć i podpis lekarza)