

ADRES KORESPONDENCYJNY Taki sam jak adres zamieszkania

| Nazwa pola | Wartość |
|---------------|---------|
| Miejscowość: | |
| Ulica: | |
| Nr domu: | |
| Nr lokalu: | |
| Kod pocztowy: | |
| Poczta: | |

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

| Nazwa pola | Wartość |
|-----------------|--|
| Imię: | |
| Drugie imię: | |
| Nazwisko: | |
| PESEL: | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Data urodzenia: | |
| Płeć: | <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta |

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

| Nazwa pola | Wartość |
|----------------------|--|
| Miejscowość: | |
| Ulica: | |
| Nr domu: | |
| Nr lokalu: | |
| Kod pocztowy: | |
| Poczta: | |
| Nr telefonu: | |
| Adres e-mail: | |
| Rodzaj miejscowości: | <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś |

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

| Nazwa pola | Wartość |
|---|--|
| Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności: | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| Stopień niepełnosprawności: | <input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy |
| Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest: | <input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia: |
| Grupa inwalidzka: | <input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy |
| Niezdolność: | <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> Nie dotyczy |
| Rodzaj niepełnosprawności: | <input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne <input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe |

| | |
|---|--|
| <p>Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:</p> | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| <p>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</p> | <input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny |

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

indywidualne wspólne

Przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku **wynosi:zł**

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym **wynosi:osób(y/a)**

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON:

nie

tak

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

| Cel dofinansowania | Nr umowy | Data zawarcia umowy | Kwota dofinansowania | Stan rozliczenia |
|--------------------|----------|---------------------|----------------------|------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU**I. PRZEDMIOT WNIOSKU****Przedmiot 1**

| Nazwa pola | Wartość |
|---|---|
| Przedmiot wniosku, (przeznaczenie dofinansowania): | |
| Przewidywany koszt realizacji zadania (100%): | |
| Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON – maksymalnie 80%: | |
| co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania: | |
| Miejsce realizacji: | |
| Cel dofinansowania (uzasadnienie, krótki opis): | |

Przedmiot 2

| Nazwa pola | Wartość |
|---|---------|
| Przedmiot wniosku, (przeznaczenie dofinansowania): | |
| Przewidywany koszt realizacji zadania (100%): | |
| Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON – maksymalnie 80%: | |

| | |
|---|--|
| co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania: | |
| Miejsce realizacji: | |
| Cel dofinansowania (uzasadnienie, krótki opis): | |

Przedmiot 3

| Nazwa pola | Wartość |
|---|--|
| Przedmiot wniosku, (przeznaczenie dofinansowania): | |
| Przewidywany koszt realizacji zadania (100%): | |
| Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON – maksymalnie 80%: | |
| co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania: | |
| Miejsce realizacji: | |
| Cel dofinansowania (uzasadnienie, krótki opis): | |

Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

OŚWIADCZENIE

1. W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.
2. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i w ciągu trzech lat przed złożeniem niniejszego wniosku nie byłem(am) stroną umowy zawartej z Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
3. Nie ubiegam się i nie będę się ubiegał/a w roku bieżącym odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowy ze środków PFRON – za pośrednictwem innego realizatora na terenie innego samorządu powiatowego
4. Wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w związku z prowadzonym postępowaniem dotyczącym dofinansowania ze środków PFRON zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, w zakresie: numeru telefonu, adresu do korespondencji (jeśli dotyczy), danych właściciela rachunku bankowego i numeru rachunku bankowego
6. **Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny** - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.**

** „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”

| <i>Miejscowość</i> | <i>Data</i> | <i>Podpis Wnioskodawcy</i> |
|--------------------|-------------|----------------------------|
| | | |

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

| Lp. | |
|-----|--|
| 1 | Kopia aktualnego orzeczenia potwierdzającego niepełnosprawność |
| 2 | Aktualne zaświadczenie lekarskie o potrzebie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego do rehabilitacji w warunkach domowych wg wzoru określonego przez PCPR w Augustowie |
| 3 | Oferta cenowa / faktura pro forma na wnioskowany sprzęt rehabilitacyjny |
| 4 | Klauzula informacyjna |
| 5 | Dokument potwierdzający prawo występowania w imieniu osoby niepełnosprawnej - w przypadku składania wniosku przez opiekuna prawnego, pełnomocnika, kuratora |