

Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

**WNIOSEK****o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji  
Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny****Część A – DANE WNIOSKODAWCY****ROLA WNIOSKODAWCY**

| Nazwa pola                   | Do uzupełnienia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Wnioskodawca składa wniosek: |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Postanowieniem Sądu:         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Z dnia:                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Sygnatura akt:               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Imię i nazwisko notariusza:  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Repertorium nr:              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Zakres pełnomocnictwa:       | <input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie<br><input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania<br><input type="checkbox"/> do zawarcia umowy<br><input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku<br><input type="checkbox"/> do złożenia wniosku<br><input type="checkbox"/> inne |

**DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

| Nazwa pola      | Do uzupełnienia |
|-----------------|-----------------|
| Imię:           |                 |
| Drugie imię:    |                 |
| Nazwisko:       |                 |
| PESEL:          |                 |
| Data urodzenia: |                 |

|                             |                                                                     |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <b>Płeć</b>                 | <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta |
| <b>ADRES ZAMIESZKANIA</b>   |                                                                     |
| <b>Nazwa pola</b>           | <b>Do uzupełnienia</b>                                              |
| <b>Województwo:</b>         |                                                                     |
| <b>Powiat:</b>              |                                                                     |
| <b>Gmina:</b>               |                                                                     |
| <b>Miejscowość:</b>         |                                                                     |
| <b>Ulica:</b>               |                                                                     |
| <b>Nr domu:</b>             |                                                                     |
| <b>Nr lokalu:</b>           |                                                                     |
| <b>Kod pocztowy:</b>        |                                                                     |
| <b>Pocztą:</b>              |                                                                     |
| <b>Rodzaj miejscowości:</b> | <input type="checkbox"/> miasto<br><input type="checkbox"/> wieś    |
| <b>Nr telefonu:</b>         |                                                                     |
| <b>Adres e-mail:</b>        |                                                                     |

**ADRES KORESPONDENCYJNY**☐ Taki sam jak adres zamieszkania

|                      |                        |
|----------------------|------------------------|
| <b>Nazwa pola</b>    | <b>Do uzupełnienia</b> |
| <b>Województwo:</b>  |                        |
| <b>Powiat:</b>       |                        |
| <b>Gmina:</b>        |                        |
| <b>Miejscowość:</b>  |                        |
| <b>Ulica:</b>        |                        |
| <b>Nr domu:</b>      |                        |
| <b>Nr lokalu:</b>    |                        |
| <b>Kod pocztowy:</b> |                        |

|                                                           |                                                                     |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <b>Poczta:</b>                                            |                                                                     |
| <b>DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY</b>                       |                                                                     |
| <b>Nazwa pola</b>                                         | <b>Do uzupełnienia</b>                                              |
| <b>Imię:</b>                                              |                                                                     |
| <b>Drugie imię:</b>                                       |                                                                     |
| <b>Nazwisko:</b>                                          |                                                                     |
| <b>PESEL:</b>                                             |                                                                     |
| <b>Data urodzenia:</b>                                    |                                                                     |
| <b>Płeć:</b>                                              | <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta |
| <b>ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO</b> |                                                                     |
| <b>Nazwa pola</b>                                         | <b>Do uzupełnienia</b>                                              |
| <b>Województwo:</b>                                       |                                                                     |
| <b>Powiat:</b>                                            |                                                                     |
| <b>Gmina:</b>                                             |                                                                     |
| <b>Miejscowość:</b>                                       |                                                                     |
| <b>Ulica:</b>                                             |                                                                     |
| <b>Nr domu:</b>                                           |                                                                     |
| <b>Nr lokalu:</b>                                         |                                                                     |
| <b>Kod pocztowy:</b>                                      |                                                                     |
| <b>Poczta:</b>                                            |                                                                     |
| <b>Nr telefonu:</b>                                       |                                                                     |
| <b>Adres e-mail:</b>                                      |                                                                     |
| <b>Rodzaj miejscowości:</b>                               | <input type="checkbox"/> miasto<br><input type="checkbox"/> wieś    |

**STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

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

|                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <b>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:</b> | <input type="checkbox"/> tak<br><input type="checkbox"/> nie                 |
| <b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 2 przyczyny<br><input type="checkbox"/> 3 przyczyny |

**ŚREDNI DOCHÓD****Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**☐ indywidualne ☐ wspólne**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:****Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:****KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON**

Informacja o korzystaniu ze środków PFRON obejmuje dofinansowanie otrzymane na podstawie zawartych umów. Nie należy więc wykazywać pomocy uzyskanej w ramach zadania: przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

**Ze środków finansowych PFRON:**☐ nie korzystałem  
☐ korzystałem**CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON**

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

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

| Nazwa pola                                                                    | Do uzupełnienia |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| <b>Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:</b>                       |                 |
| <b>Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):</b>                          |                 |
| <b>Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON – maksymalnie 80%:</b> |                 |
| <b>co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:</b>   |                 |
| <b>Miejsce realizacji:</b>                                                    |                 |
| <b>Cel dofinansowania:</b>                                                    |                 |

Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON powinna wynosić do 80% kosztów realizacji zadania.

**PODSUMOWANIE (WSZYSTKIE PRZEDMIOTY)**

| Nazwa pola          | Do uzupełnienia |
|---------------------|-----------------|
| Przewidywany koszt: |                 |
| Kwota wnioskowana:  |                 |
| Uzasadnienie:       |                 |

**FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH**☐ Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

| Nazwa pola                          | Do uzupełnienia |
|-------------------------------------|-----------------|
| Właściciel konta (imię i nazwisko): |                 |
| Nazwa banku:                        |                 |
| Nr rachunku bankowego:              |                 |

☐ W kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)☐ Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi**SYTUACJA ZAWODOWA**☐ Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą☐ Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca☐ Bezrobotny poszukujący pracy☐ Rencista poszukujący pracy☐ Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy ☐ Dzieci i młodzież do lat 18 ☐ Inne / jakie?

**Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE****OŚWIADCZENIE**

Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Przepisy wprowadzające 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.

Oświadczam, że 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.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

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