

Data wpływu:

Nr wniosku SR/DZ*/_____/_____/_____

Nr sprawy DdRS.6101._____/_____/_____

**WNIOSEK
O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON ZAKUPU
SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO**

1. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY / DZIECKU / PODOPIECZNYM *

Imię i nazwisko

PESEL

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

ADRES ZAMIESZKANIA (pobyt stały)

Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica	Nr domu	Nr lokalu
Powiat	Województwo	Tel/fax z nr kierunkowym (tel. komórkowy)		

2. DANE DOTYCZĄCE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/OPIEKUNA PRAWNEGO/ PEŁNOMOCNIKA*

- Rodzic osoby niepełnosprawnej
- Opiekun prawny osoby niepełnosprawnej ustanowiony - postanowienie Sądu Rejonowego z dn. _____ sygn. akt/ na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza _____ z dn. _____

Imię (imiona) i nazwisko

PESEL

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

ADRES ZAMIESZKANIA

Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica	Nr domu	Nr lokalu
Powiat	Województwo	Telefon z nr kierunkowym (tel. komórkowy)		

3. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI: WNIOSKODAWCY / DZIECKA / PODOPIECZNEGO**

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji | <input type="checkbox"/> znaczny stopień niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka |
| <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy | <input type="checkbox"/> umiarkowany stopień niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka |
| <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy | <input type="checkbox"/> lekki stopień niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka |
- orzeczenie o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia.

Orzeczenie ważne: okresowo do _____ bezterminowo

* niepotrzebne skreślić

**zaznaczyć znakiem X w odpowiednim polu „□”

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, **wynosił _____ zł.**

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi _____.

Prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności karnej określonej w art. 233 § 1 i § 2 Kodeksu Karnego (tekst jednolity Dz.U. z 2018 r., poz. 1600) za zeznanie nieprawdy lub zatajenia prawdy.

....., dnia.....r.
miejsowość

.....
Czytelny podpis
Wnioskodawcy, pełnomocnika,
przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego

POUCZENIE

Za dochody uwzględniane przy obliczeniu przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, uważa się dochody (po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób):

1. przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach ogólnych na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych, pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne,
2. deklarowany w oświadczeniu dochód z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, pomniejszony o należny zryczałtowany podatek dochodowy i składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne,
3. inne dochody niepodlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych.

10. ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Załączniki:

- ✓ Kopia aktualnego dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność (oryginał do wglądu),
- ✓ Aktualne zaświadczenie lekarskie, wskazujące na konieczność zakupu sprzętu wymienionego we wniosku,
- ✓ Oferta cenowa lub faktura pro-forma urzędzenia,
- ✓ Pełnomocnictwo w przypadku występowania Wnioskodawcy przez pełnomocnika, które określa zakres pełnomocnictwa do dokonania poszczególnych czynności lub dokument stanowiący opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny - oryginał do wglądu.



Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Dąbrowie Górniczej w celu dofinansowania
ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny
Wniosek należy wypełnić CZYTELNICIE w j. polskim

1. Dane osoby, której dotyczy wniosek o przyznanie dofinansowania do zaopatrzenia w sprzęt
rehabilitacyjny.

Imię i nazwisko _____

Data i miejsce urodzenia _____

Miejsce zamieszkania _____

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta
dotyczy:

dysfunkcji narządu ruchu*, dysfunkcji narządu wzroku*, dysfunkcji narządu słuchu*,

innej dysfunkcji* _____

3. Charakterystyka posiadanej niepełnosprawności – rodzaj schorzenia lub dysfunkcji, z powodu których
należy zastosować wnioskowany sprzęt rehabilitacyjny:

4. Rodzaj sprzętu do którego Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie:

(nazwa sprzętu)

5. Uzasadnienie konieczności zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, służącego
do usprawniania zaburzonych funkcji organizmu lub wspomagających proces
rehabilitacji w warunkach domowych:

**Na podstawie posiadanej wiedzy medycznej stwierdzam, że prowadzenie rehabilitacji przy użyciu
tego sprzętu umożliwi osobie niepełnosprawnej uczestnictwo w życiu społecznym.**

Tak *

Nie *

Uwaga: dofinansowanie ze środków PFRON nie dot. rehabilitacji leczniczej

Jakie są przewidywane efekty rehabilitacji społecznej przy zastosowaniu ww. sprzętu rehabilitacyjnego:

.....
miejsowość i data

* właściwe zakreślić znakiem X

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

Załączniki wymagane do wniosku:

Lp.	Nazwa załącznika	Załączono (zaznaczyć właściwe)	Uzupełniono (zaznaczyć właściwe)	Data uzupełnienia
			wypełnia pracownik przyjmujący wniosek	
1.	Kserokopia aktualnego dokumentu potwierdzającego stopień niepełnosprawności lub niepełnosprawność w przypadku dziecka do 16 roku życia - oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oferta cenowa lub faktura pro-forma urzędnika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Zaświadczenie lekarskie stwierdzające konieczność użytkowania wnioskowanego sprzętu w procesie rehabilitacji osoby niepełnosprawnej w warunkach domowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Pełnomocnictwo w przypadku występowania Wnioskodawcy przez pełnomocnika, które określa zakres pełnomocnictwa do dokonania poszczególnych czynności lub dokument stanowiący opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Inne załączone dokumenty:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Pieczętka imienna pracownika przyjmującego wniosek

Data, podpis: