

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	Nr telefonu		

**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	Nr telefonu		

**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 „□”

**4. WNIOSKOWANE DOFINANSOWANIE (należy podać nazwę urządzenia i jego cenę)**

Rodzaj przedmiotu dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
<b>ŁĄCZNIE</b>		

**5. UZASADNIENIE SKŁADANEGO WNIOSKU – cel dofinansowania**

dodatkowe informacje w przypadku Wnioskodawcy, który ubiega się ponownie o udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel - należy wykazać przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego /kolejnego dofinansowania ze środków PFRON


**6. INFORMACJE DOTYCZĄCE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON**

(w ciągu 3 lat od daty złożenia niniejszego wniosku)

Czy Wnioskodawca posiada zaległości wobec PFRON: tak  nie

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) zaległości: .....

Czy Wnioskodawca w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku był stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązaną z przyczyn leżących po jego stronie: tak  nie

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON (w tym programy celowe realizowane przez PFRON) w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku) tak  nie

Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Numer zawartej umowy	data przyznania dofinansowania i kwota przyznana	stan rozliczenia

\* zaznaczyć znakiem X w odpowiednim polu

## 7. MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA

.....

.....

## 8. RACHUNEK BANKOWY WNIOSKODAWCY na który mają zostać przekazane środki w przypadku zapłaty w 100 % za przedmiot dofinansowania

Nazwa banku.....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

## 9. INFORMACJE O DOFINANSOWANIU

O dofinansowanie ze środków Funduszu - zaopatrzenia w **sprzęt rehabilitacyjny** mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności, jeżeli średni miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, **obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku nie przekracza kwoty:**

- ✓ **50% przeciętnego wynagrodzenia\*** na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego,
- ✓ **65% przeciętnego wynagrodzenia\*** w przypadku osób samotnych.

**Przeciętne wynagrodzenie\*** oznacza - przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce narodowej w poprzednim kwartale od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w formie komunikatu w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, na podstawie art. 20, pkt. 2 ustawy z 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (tekst jednolity Dz.U. z 2018 r., poz. 1270, ze zm.).

1. Prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności karnej określonej w art. 233 § 1 i § 2 Kodeksu Karnego (tekst jednolity Dz.U. z 2019 r., poz. 1950, ze zm.) za zeznanie nieprawdy lub zatajenia prawdy.
2. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się niezwłocznie informować Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej.
3. Zostałem/am poinformowany/a, że kwota dofinansowania zakupu sprzętu rehabilitacyjnego **wynosi do 80%** kosztów przedsięwzięcia.
4. Oświadczam, że w przypadku przyznania dofinansowania będę dysponował/a środkami finansowymi na opłacenie udziału własnego w postaci różnicy pomiędzy kwotą dofinansowania, ewentualnym dofinansowaniem z innych źródeł, a całkowitym kosztem realizacji zadania.
5. Wszelkie koszty związane z przygotowaniem wniosku ponosi Wnioskodawca.
6. Informuję, że jestem\*, nie jestem\* płatnikiem podatku VAT.
7. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że:
  - 1) dofinansowanie ze środków Funduszu nie przysługuje, jeżeli podmiot ubiegający się o dofinansowanie ma zaległości wobec Funduszu lub podmiot ten był, w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie tego podmiotu.
  - 2) dofinansowanie nie może obejmować kosztów zakupu przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy.
9. Oświadczam, że o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Samorządu Powiatu Dąbrowa Górnicza  tak -  nie.
10. Podając numer telefonu wyraża Pan/Pani zgodę na jego przetwarzanie w celu ewentualnego kontaktu organu z osobą ubiegającą się o dofinansowanie (lub jej opiekunem prawnym/pełnomocnikiem) do celów związanych z wnioskiem na zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny. Ma Pan/Pani możliwość wycofania tej zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Dąbrowa Górnicza, dnia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Czytelny podpis**

Wnioskodawcy, pełnomocnika,  
przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego

## 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 2019 r., poz. 1950, ze zm.) 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,
- ✓ aktualne zaświadczenie lekarskie, wskazujące na konieczność zakupu sprzętu wymienionego we wniosku,
- ✓ oferta cenowa lub faktura pro-forma urzędnika,
- ✓ 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.



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 CZYTELNIÉ w j. polskim**

1. Dane osoby, której dotyczy wnioski 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	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Inne załączone dokumenty:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Pieczętka imienna pracownika przyjmującego wniosek

Data, podpis: