

Data wpływu:

Nr sprawy: PCPR-Or.6110.1. .2023



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 <input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania <input type="checkbox"/> do zawarcia umowy <input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku <input type="checkbox"/> do złożenia wniosku <input type="checkbox"/> inne

##### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	

<b>PESEL:</b>	
<b>Data urodzenia:</b>	
<b>Płeć</b>	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

**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>Rodzaj miejscowości:</b>	<input type="checkbox"/> miasto <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>	

**DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**

<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

**ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO**

<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 <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 <input type="checkbox"/> nie
<b>Stopień niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
<b>Grupa inwalidzka:</b>	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<b>Niezdolność:</b>	<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

<b>Rodzaj niepełnosprawności:</b>	<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
<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 <input type="checkbox"/> nie
<b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <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
<b>Przewidywany koszt:</b>	
<b>Kwota wnioskowana:</b>	
<b>Uzasadnienie:</b>	

#### FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

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

Upředzony/upředzona 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.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

#### ZALĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik



**UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

Lp.	Plik

**LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE****Lista**

1. Oświadczenia (załącznik nr 1 do wniosku),
2. kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenie o niepełnosprawności (osoby do 16. roku życia),
3. zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę z zaleceniem zakupu sprzętu rehabilitacyjnego wraz z potwierdzeniem konieczności prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu zalecanego sprzętu, (załącznik nr 2 do wniosku)
4. propozycje ceny sprzedaży sprzętu z dwóch punktów sprzedaży (dwie oferty cenowe),
5. dowody potwierdzające wysokość uzyskiwanych dochodów netto przez Wnioskodawcę za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (w przypadku gospodarstwa domowego prowadzonego wspólnie do wglądu należy okazać dowody potwierdzające dochód osób wchodzących w składach wspólnego gospodarstwa domowego),
6. kopia aktu urodzenia dziecka – w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby z niepełnosprawnością,
7. kopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad osobą z niepełnosprawnością – w przypadku wniosku dotyczącego osoby z niepełnosprawnością reprezentowanej przez opiekuna prawnego, lub kopia pełnomocnictwa ustanowionego notarialnie – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej reprezentowanej przez pełnomocnika.

## O Ś W I A D C Z E N I E

I. Ja niżej podpisany/a, oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatu Tarnowskiego  tak  nie
2. informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
3. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji zadania dofinansowania sprzętu rehabilitacyjnego oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa także w dniu podpisania umowy,
4. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach sprzętu rehabilitacyjnego (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – **co najmniej 20%** ceny brutto),
5. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż środki finansowe stanowiące udział własny wnioskodawcy nie mogą pochodzić ze środków PFRON,
6. przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez organ Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Tarnowie,
7. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  tak -  nie,
8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy sprzedawcy/usługodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.
9. przyjmuję do wiadomości, że złożony wniosek o dofinansowanie sprzętu rehabilitacyjnego zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz ich podziale w drodze Uchwały przez Radę Powiatu Tarnowskiego.
10. zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy kosztem całkowitym sprzętu a przyznaną ze środków PFRON kwotą dofinansowania.

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy lub pełnomocnika/  
opiekuna prawnego wnioskodawcy)

**II. Wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018 r., poz. 1000) oraz Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, w bazie danych PCPR w Tarnowie w celu realizacji procedury dofinansowania sprzętu rehabilitacyjnego.**

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy lub pełnomocnika/  
opiekuna prawnego wnioskodawcy)

Stempel zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**  
Wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Tarnowie  
(*prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*)

Imię i nazwisko pacjenta: .....

Adres zamieszkania: .....

Data urodzenia: ..... nr PESEL .....

I. Rozpoznanie choroby zasadniczej będącej przyczyną wydania orzeczenia o niepełnosprawności

..... .....
----------------

II. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:

.....

III. Rodzaj niepełnosprawności: /zakreślić właściwe/

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim  | <input type="checkbox"/> |
| 2. dysfunkcja narządu ruchu bez konieczności poruszania się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> |
| 3. wrodzony brak lub amputacja kończyn   | <input type="checkbox"/> |
| 4. inna dysfunkcja narządu ruchu   | <input type="checkbox"/> |
| 5. dysfunkcja narządu wzroku   | <input type="checkbox"/> |
| 6. dysfunkcja narządu słuchu   | <input type="checkbox"/> |
| 7. dysfunkcja narządu mowy   | <input type="checkbox"/> |
| 8. inne schorzenia (jakie?).....   | <input type="checkbox"/> |

IV. Zalecany sprzęt rehabilitacyjny: .....

V. Czy zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu sprzętu określonego w pkt IV:       **tak**                       **nie**

VI. Potwierdzam brak przeciwwskazań zdrowotnych do prowadzenia rehabilitacji przy użyciu sprzętu określonego w pkt IV:       **tak**                       **nie**

.....  
*miejscowość*

.....  
*data*

.....  
*pieczętka i podpis lekarza specjalisty*