

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  |
|--|--|
| <b>Wnioskodawca składa wniosek:</b><br><br>(Do wniosku należy dołączyć skan odpowiedniego dokumentu – o ile dotyczy) | <input type="checkbox"/> we własnym imieniu<br><input type="checkbox"/> jako rodzic (dotyczy dzieci do 18 roku życia)<br><input type="checkbox"/> jako opiekun prawny<br><input type="checkbox"/> jako przedstawiciel ustawy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego)<br><input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczzonego notarialnie                  |
| <b>Postanowieniem Sądu:</b>  |  |
| <b>Z dnia:</b>   |  |
| <b>Sygnatura akt:</b>  |  |
| <b>Imię i nazwisko notariusza:</b>   |  |
| <b>Repertorium nr:</b>   |  |
| <b>Zakres pełnomocnictwa:</b>  | <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 |
|------------------------|-----------------|
| <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

| Nazwa pola                  | Do uzupełnienia   |
|-----------------------------|---|
| <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

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

### DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

| Nazwa pola             | Do uzupełnienia   |
|------------------------|---|
| <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**

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

**STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

| Nazwa pola   | Do uzupełnienia   |
|--|---|
| Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności: | <input type="checkbox"/> tak<br><input type="checkbox"/> nie  |
| Stopień niepełnosprawności:  | <input type="checkbox"/> Znaczny<br><input type="checkbox"/> Umiarkowany<br><input type="checkbox"/> Lekki<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy  |
| Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:                  | <input type="checkbox"/> bezterminowo<br><input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:   |
| Grupa inwalidzka:  | <input type="checkbox"/> I grupa<br><input type="checkbox"/> II grupa<br><input type="checkbox"/> III grupa<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy   |
| Niezdolność:   | <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<br><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 |

|   |   |
|---|---|
| <p><b>Rodzaj niepełnosprawności:</b></p>  | <p><input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe</p> <p><input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne</p> <p><input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> osoba głucha</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> osoba głuchoniema</p> <p><input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> osoba niewidoma</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma</p> <p><input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych</p> <p><input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja</p> <p><input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia</p> <p><input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego</p> <p><input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego</p> <p><input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne</p> <p><input type="checkbox"/> 11-I – inne</p> <p><input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe</p> |
| <p><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></p> | <p><input type="checkbox"/> tak</p> <p><input type="checkbox"/> nie</p>   |
| <p><b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b></p>   | <p><input type="checkbox"/> 2 przyczyny</p> <p><input type="checkbox"/> 3 przyczyny</p>   |

## 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.

**Czy wnioskodawca korzystał ze środków 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  | Wartość |
| <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>  |         |

| Przedmiot   |         |
|---|---------|
| Nazwa pola  | Wartość |
| <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:              |                 |

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. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) - 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 |
|-------------|------|---------------------|
|             |      |                     |

### LISTA WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW

#### Lista

1. Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz. 776 z późn. zm.), kopia orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed 1 stycznia 1998 r.
2. Oferta cenowa lub faktura proforma
3. Zaświadczenie lekarskie
4. Postanowienie Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego, w przypadku gdy osoba niepełnosprawna jest osobą ubezwłasnowolnioną.
3. Pełnomocnictwo notarialne - w przypadku, gdy w imieniu Wnioskodawcy z wnioskiem występuje jego pełnomocnik

#### UWAGA!!!

**Złożenie wniosku nie jest równoważne z przyznaniem dofinansowania.**

**Przedmiot wniosku nie można zakupić przed przyznaniem dofinansowania oraz zawarciem umowy.**