

PCPR.543. .2025

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

CZĘŚĆ A – DANE WNIOSKODAWCY

ROLA WNIOSKODAWCY	
Wniosek składa wniosek:	☐ we własnym imieniu ☐ jako rodzic ☐ jako opiekun prawny ☐ jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/ opiekuna prawnego) ☐ na mocy pełnomocnictwa poświadczanego notarialnie ☐ na mocy pełnomocnictwa niepoświadczanego notarialnie <i>do wniosku należy dołączyć kopię odpowiedniego dokumentu</i>
Postanowieniem Sądu: z dnia	
Sygnatura akt:	
Imię i Nazwisko notariusza:	
Zakres pełnomocnictwa:	☐ pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie ☐ do rozliczenia dofinansowania ☐ do zawarcia umowy ☐ do udzielenia dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku ☐ do złożenia wniosku ☐ inne
DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY	
Imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
ADRES ZAMIESZKANIA	
Miejscowość i kod pocztowy:	
Ulica numer domu i lokalu	
Numer kontaktowy:	
ADRES KORESPONDENCYJNY	
☐ taki sam jak zamieszkania	
Miejscowość i kod pocztowy:	
Ulica numer domu i lokalu	
DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY	
Imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	

Data urodzenia:		
ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO		
Miejscowość i kod pocztowy:		
Ulica numer domu i lokalu		
Numer kontaktowy:		
STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI		
Znaczny - inwalidzi I grupy, osoby całkowicie niezdolne do pracy i samodzielnej egzystencji oraz osoby o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny na podstawie orzeczenia wydanego przed 1998 r.)		
Umiarkowany - inwalidzi II grupy oraz osoby całkowicie niezdolne do pracy)		
Lekki - pozostali inwalidzi III grupy, osoby częściowo niezdolne do pracy oraz osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym na podstawie orzeczenia wydanego przed 1998 r.)		
osoba w wieku do lat 16 z orzeczeniem o niepełnosprawności.		
ŚREDNI DOCHÓD		
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie wynosi:		
w tym liczba osób z niepełnosprawnością:		
Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy: (Miesięczny dochód w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych to dochód pomniejszony o obciążenia zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń społecznych oraz kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.)		

PRZEDMIOT WNIOSKU	
Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:	
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%)	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON- maksymalnie 80 %	
Cel dofinansowania i uzasadnienie:	

FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH																									
☐ przelew na konto Wnioskodawcy/ osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę																									
Właściciel konta (imię i nazwisko):																									
Nazwa banku:																									
Numer rachunku bankowego:																									

☐ przelew na konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

SYTUACJA ZAWODOWA

- ☐ zatrudniony/a/ prowadzący/a działalność gospodarczą
- ☐ osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
- ☐ bezrobotny/a poszukujący/a pracy
- ☐ rencista/tka poszukujący/a pracy
- ☐ rencista/tka/emeryt/ka nie zainteresowany/a podjęciem pracy
- ☐ dzieci i młodzież do lat 18
- ☐ inne/ jakie?.....

OŚWIADCZENIE

1. W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków PFRON kwotą dofinansowania.
2. Upředzony/a o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zwarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.
3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.
4. Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i nie byłam/em w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowania ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Trzciance, ul. Mickiewicza 50, 64-980 Trzcianka, na potrzeby związane z realizacją wniosku. Informacja o sposobie przetwarzania danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Trzciance dostępna jest na stronie internetowej pod adresem: <http://trzcianka.naszepcpr.pl/klauzula-informacyjna>.
6. Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i uchwaleniu planu finansowego na rok 2025 przez Radę Powiatu Czarnkowsko-Trzcianeckiego.
7. Równocześnie oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią procedury załączonej do wniosku.

.....
czytelny podpis wnioskodawcy /osoby uprawnionej

Załączniki do wniosku:

1. Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności.
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie wystawione przez **lekarza specjalistę**, który określi potrzebę zakupu sprzętu rehabilitacyjnego stosownie do potrzeb wynikających z przyczyn niepełnosprawności.
3. Imienna oferta cenowa sprzętu.

Ogólne zasady dofinansowania:

1. Podstawę dofinansowania stanowi umowa między Starostą a Wnioskodawcą zawarta przed zakupem sprzętu lub wykonaniem prac.
2. Średni miesięczny dochód netto obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek, nie może przekroczyć kwoty:
 - 50% przeciętnego wynagrodzenia na członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym,
 - 65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej.
3. Dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego nie przysługuje osobie niepełnosprawnej, która ma zaległości wobec PFRON lub była w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie tej osoby.
4. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów poniesionych przed przyznaniem dofinansowania.

Procedury dotyczące dofinansowania zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

1. Wnioskodawca składa w siedzibie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Trzciance, ul. Mickiewicza 50, pokój nr 3, tel. 660-492-421 lub 516-700-963 wniosek o dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego dołączając:
 - kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności,
 - aktualne zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza specjalistę,
 - imienna oferta cenową sprzedawcy
2. Wniosek niekompletny wymaga uzupełnienia w terminie 30 dni od dnia otrzymania informacji o ww. Nieusunięcie braków w wyznaczonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.
3. Po złożeniu kompletnego wniosku Wnioskodawca zostaje poinformowany o wysokości dofinansowania do zakupu wnioskowanego sprzętu bądź urządzenia. Wysokość dofinansowania ustalana jest na podstawie przedstawionej przez Wnioskodawcę oferty cenowej.
4. Wnioskodawca wskazując datę ostatecznego zakupu sprzętu, wyraża zgodę na warunki ujęte w piśmie informującym.
5. W terminie wskazanym w umowie, Wnioskodawca obowiązany jest dostarczyć oryginał faktury potwierdzającej zakup wnioskowanego sprzętu, z której wynika, że wkład własny został opłacony.
6. Po przedstawieniu dokumentów rozliczeniowych (m.in. oryginał faktury/rachunku) następuje przekazanie środków na konto sprzedawcy w terminie wskazanym na fakturze lub rachunku.
7. Po przekazaniu dofinansowania PCPR przesyła Wnioskodawcy pismo rozliczeniowe oraz oryginał faktur/ rachunków.

Wypełnia PCPR

☐ wniosek kompletny

☐ wniosek niekompletny

Załączniki	tak	nie	dostarczyć do dnia	dostarczono dnia
orzeczenie				
zaświadczenie lekarskie				
imienna oferta cenowa				

Dokumenty	Data
umowa	
zgłoszenie zakupu	
faktura (z dnia)	
przekazanie środków	

.....
pieczętka i podpis pracownika PCPR

.....
stempel zakładu opieki zdrowotnej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla celów związanych z ubieganiem się przez osobę niepełnosprawną o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych **sprzętu rehabilitacyjnego**
(prosimy wypełnić czytelne w języku polskim)

Imię i nazwisko:

PESEL:

adres zamieszkania:

I. Przyczyna niepełnosprawności / proszę zakreślić właściwe pole /

- ☐ upośledzenie umysłowe,
- ☐ choroby psychiczne,
- ☐ zaburzenia głosu, mowy,
- ☐ choroby słuchu,
- ☐ choroby narządu wzroku,
- ☐ choroby narządu ruchu,
- ☐ epilepsja,
- ☐ choroby układu oddechowego i krążenia,
- ☐ choroby układu pokarmowego,
- ☐ choroby układu moczowo- płciowego,
- ☐ choroby neurologiczne,
- ☐ inne: tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego,
- ☐ całościowe zaburzenia rozwojowe.

II. Opis niepełnosprawności:

.....
.....

III. Zalecany sprzęt/y rehabilitacyjny/e, stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności, do prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu wskazanego/ych sprzętu/ów:

.....
.....
.....

Liczba sprzętów zaleconych przez lekarza:szt.

.....

pieczęć, podpis lekarza specjalisty