

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>	<input type="text"/>
<b>Postanowieniem Sądu:</b>	<input type="text"/>
<b>Z dnia:</b>	<input type="text"/>
<b>Sygnatura akt:</b>	<input type="text"/>
<b>Imię i nazwisko notariusza:</b>	<input type="text"/>
<b>Repertorium nr:</b>	<input type="text"/>
<b>Zakres pełnomocnictwa:</b>	<input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> Do złożenia wniosku <input type="checkbox"/> Do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku <input type="checkbox"/> Do zawarcia umowy <input type="checkbox"/> Do rozliczenia dofinansowania <input type="checkbox"/> Pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie

**DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	<input type="text"/>
Drugie imię:	<input type="text"/>
Nazwisko:	<input type="text"/>
PESEL:	<input type="text"/>
Data urodzenia:	<input type="text"/>
Płeć	<input type="checkbox"/> Płeć – mężczyzna <input type="checkbox"/> Płeć – kobieta

**ADRES ZAMIESZKANIA**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	<input type="text"/>
Powiat:	<input type="text"/>
Gmina:	<input type="text"/>
Miejscowość:	<input type="text"/>
Ulica:	<input type="text"/>
Nr domu:	<input type="text"/>
Nr lokalu:	<input type="text"/>
Kod pocztowy:	<input type="text"/>
Poczta:	<input type="text"/>
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> Wieś <input type="checkbox"/> Miasto
Nr telefonu:	<input type="text"/>
Adres e-mail:	<input type="text"/>

**ADRES KORESPONDENCYJNY**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Taki sam jak adres zamieszkania	<input type="checkbox"/> Taki sam jak adres zamieszkania
Województwo:	<input type="text"/>
Powiat:	<input type="text"/>
Gmina:	<input type="text"/>
Miejscowość:	<input type="text"/>
Ulica:	<input type="text"/>
Nr domu:	<input type="text"/>
Nr lokalu:	<input type="text"/>
Kod pocztowy:	<input type="text"/>
Poczta:	<input type="text"/>

**DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	<input type="text"/>
Drugie imię:	<input type="text"/>
Nazwisko:	<input type="text"/>
PESEL:	<input type="text"/>
Data urodzenia:	<input type="text"/>
Płeć:	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna

**ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	<input type="text"/>

<b>Powiat:</b>	<input type="text"/>
<b>Gmina:</b>	<input type="text"/>
<b>Miejscowość:</b>	<input type="text"/>
<b>Ulica:</b>	<input type="text"/>
<b>Nr domu:</b>	<input type="text"/>
<b>Nr lokalu:</b>	<input type="text"/>
<b>Kod pocztowy:</b>	<input type="text"/>
<b>Poczta:</b>	<input type="text"/>
<b>Nr telefonu:</b>	<input type="text"/>
<b>Adres e-mail:</b>	<input type="text"/>
<b>Rodzaj miejscowości:</b>	<input type="checkbox"/> Wieś <input type="checkbox"/> Miasto

### STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności – nie  <input type="checkbox"/> Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności – tak
<b>Stopień niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> Stopień niepełnosprawności – nie dotyczy <input type="checkbox"/> Stopień niepełnosprawności – lekki <input type="checkbox"/> Stopień niepełnosprawności – umiarkowany <input type="checkbox"/> Stopień niepełnosprawności – znaczny

<b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności – okresowo <input type="checkbox"/> Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności – bezterminowo
<b>Grupa inwalidzka:</b>	<input type="checkbox"/> Grupa inwalidzka – nie dotyczy <input type="checkbox"/> Grupa inwalidzka – III grupa <input type="checkbox"/> Grupa inwalidzka – II grupa <input type="checkbox"/> Grupa inwalidzka – I grupa
<b>Niezdolność:</b>	<input type="checkbox"/> Niezdolność do pracy – nie dotyczy <input type="checkbox"/> Niezdolność do pracy – częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> Niezdolność do pracy – całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> Niezdolność do pracy – całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Nie dotyczy <input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym
<b>Rodzaj niepełnosprawności:</b>	
<b>01-U – upośledzenie umysłowe</b>	<input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe
<b>02-P – choroby psychiczne</b>	<input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne
<b>03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu:</b>	<input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
<b>osoba głucha</b>	<input type="checkbox"/> Osoba głucha
<b>osoba głuchoniema</b>	<input type="checkbox"/> Osoba głuchoniema
<b>04-O – narząd wzroku:</b>	<input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku
<b>osoba niewidoma</b>	<input type="checkbox"/> Osoba niewidoma

<b>osoba głuchoniewidoma</b>	<input type="checkbox"/> Osoba głuchoniewidoma
<b>05-R – narząd ruchu:</b>	<input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu
<b>wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego</b>	<input type="checkbox"/> Porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego
<b>dysfunkcja obu kończyn górnych</b>	<input type="checkbox"/> Dysfunkcja obu kończyn górnych
<b>06-E – epilepsja</b>	<input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja
<b>07-S – choroby układu oddechowego i krążenia</b>	<input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia
<b>08-T – choroby układu pokarmowego</b>	<input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego
<b>09-M – choroby układu moczowo-płciowego</b>	<input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego
<b>10-N – choroby neurologiczne</b>	<input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne
<b>11-I – inne</b>	<input type="checkbox"/> 11-I – inne
<b>12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe</b>	<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"/> Niepełnosprawność sprzężona – nie <input type="checkbox"/> Niepełnosprawność sprzężona – tak
<b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>	<input type="checkbox"/> Liczba przyczyn niepełnosprawności – 3 przyczyny <input type="checkbox"/> Liczba przyczyn niepełnosprawności – 2 przyczyny

## ŚREDNI DOCHÓD

Nazwa pola	Zawartość
------------	-----------

<b>Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:</b>	<input type="checkbox"/> Gospodarstwo domowe wspólne <input type="checkbox"/> Gospodarstwo domowe indywidualne
Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:	<input type="text"/>
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:	<input type="text"/>

### KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Nazwa pola	Zawartość
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. <b>Ze środków finansowych PFRON:</b>	<input type="checkbox"/> Nie – nie korzystał/a ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat  <input type="checkbox"/> Tak – korzystał/a ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat

### CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

### I. PRZEDMIOT WNIOSKU

#### Przedmiot

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:</b>	<input type="text"/>

<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

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:</b>	<input type="checkbox"/> Przelew na konto Wnioskodawcy lub osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę
<b>Właściciel konta (imię i nazwisko):</b>	
<b>Nazwa banku:</b>	
<b>Nr rachunku bankowego:</b>	

## SYTUACJA ZAWODOWA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą	<input type="checkbox"/> Zatrudniony lub prowadzący działalność gospodarczą
Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca	<input type="checkbox"/> Osoba w wieku od 18 do 24 lat ucząca się lub studiująca
Bezrobotny poszukujący pracy	<input type="checkbox"/> Bezrobotny poszukujący pracy
Rencista poszukujący pracy	<input type="checkbox"/> Rencista poszukujący pracy
Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy	<input type="checkbox"/> Rencista lub emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
Dzieci i młodzież do lat 18	<input type="checkbox"/> Dzieci i młodzież do lat 18
Inne / jakie? <input type="text"/>	<input type="text"/>

## Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

### ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU O SPRZĘT REHABILITACYJNY NIEZBĘDNY DO REHABILITACJI W WARUNKACH DOMOWYCH, KTÓRY NIE JEST OBJĘTY UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM.

1. kopia ważnego orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego ZUS, KIZ albo KRUS wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 (oryginał do wglądu),
2. kopia ważnego orzeczenia o niepełnosprawności – w przypadku dzieci do lat 16 (oryginał do wglądu),
3. zaświadczenie lekarskie zawierające informacje o rodzaju schorzenia, wypełnione czytelnie w języku polskim (jeżeli rodzaj schorzenia nie jest określony w orzeczeniu),
4. zaświadczenie o aktualnych dochodach w gospodarstwie domowym,
5. potwierdzenie zameldowania,
6. inne dokumenty:

Sprzęt rehabilitacyjny traktowany jest w przepisach odmiennie niż wyroby medyczne.

## OŚWIADCZENIE

Uprzedzony/uprzedzona 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.

<i>Miejscowość</i>	<i>Data</i>	<i>Podpis Wnioskodawcy</i>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>