

Numer sprawy.....  
Data przyjęcia wniosku  
(wypełnia GCPR).....

**Gorzowskie Centrum  
Pomocy Rodzinie  
ul. Walczaka 42  
66-400 Gorzów Wlkp.**

**WNIOSEK  
O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON  
DO ZAKUPU SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO**

**1. Dane personalne Wnioskodawcy (osoby niepełnosprawnej, której dotyczy wniosek)**  
(proszę wypełnić czytelnie drukowanymi literami)

<b>DANE PERSONALNE</b>	<b>ADRES ZAMIESZKANIA</b>
Imię.....	Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nazwisko.....	Poczta.....
Data urodzenia.....	Miejscowość.....
PESEL.....	Ulica.....
Seria i nr dowodu osobistego..... z dnia .....	Nr domu..... nr m.....
wydany przez .....	Telefon.....

**2. Dane personalne osoby składającej wniosek w imieniu osoby niepełnosprawnej:**

(we właściwym polu należy wstawić znak x)

- przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy),
- opiekun prawny (dla osoby ubezwłasnowolnionej)
- lub pełnomocnik Wnioskodawcy (na podstawie pisemnego pełnomocnictwa)

Imię i nazwisko .....

Dowód osobisty: seria i nr .....wydany w dniu.....  
przez .....

Nr PESEL.....

Miejscowość..... ulica .....

nr domu ..... nr lokalu ..... nr kodu .....-..... poczta .....

powiat ..... województwo .....

nr telefonu.....

### 3. Stopień niepełnosprawności<sup>1</sup>

Znaczny (całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji lub I grupa inwalidztwa)	
Umiarkowany (całkowita niezdolność do pracy lub II grupa inwalidztwa)	
Lekki (częściowa niezdolność do pracy lub III grupa inwalidzka)	

#### Ważność dokumentu:

- ✓ Stała.....
- ✓ Okresowa do.....

### 4. Rodzaj niepełnosprawności

Dysfunkcja narządów ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
Inna dysfunkcja narządów ruchu	
Dysfunkcja narządów wzroku	
Dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

### 5. Sytuacja zawodowa

Zatrudniony/ prowadzący działalność gospodarczą	
Bezrobotny poszukujący pracy	
Rencista nie zainteresowany podjęciem pracy	
Rencista poszukujący pracy	
Młodzież od lat 18-24 ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca	
Dzieci i młodzież do lat 18	

### 6. Dane informacyjne o wnioskodawcy

Wykształcenie	Zaznacz właściwe
Niepełne podstawowe	
Podstawowe	
Zawodowe	
Średnie	
Policealne	
Wyższe	

Rodzaj źródła utrzymania	Zaznacz właściwe
Wynagrodzenie za pracę	
Przychody z działalności gospodarczej	
Renta	
Emerytura	
Zasiłek dla bezrobotnych	
Renta socjalna	
Stypendium	

<sup>1</sup> wstaw x we właściwej rubryce

**7. Zwracam się z prośbą o dofinansowanie ze środków PERON do zakupu:**

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

**8. Przewidywana cena zakupu sprzętu rehabilitacyjnego wymienionego**

**w pkt. 3 wg faktury proforma:** numer i datę faktury proforma/ innego dokumentu oraz cenę sprzętu rehabilitacyjnego)

.....  
.....

deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów zakupu sprzętu

.....(słownie).....

procent kosztów zakupu sprzętu do pokrycia ze środków PFRON nie więcej niż 80%

.....(słownie).....

**9. Dofinansowanie proszę przekazać na (właściwe podkreślić):**

- moje konto osobiste ( nazwa banku, numer rachunku)  
.....  
.....
- konto sprzedawcy ( w przypadku płacenia faktur- przelew )
- do kasy Urzędu Miejskiego ( odbiór osobisty)
- wypłata upoważnionej przeze mnie osobie.....

**10. Miejsce realizacji zadania(dokładny adres):**

.....  
.....

**11. Cel dofinansowania:**

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

**12. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON**

Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON?\*

- Tak
- Nie

<b>Cel</b> (nazwa programu lub zadania w ramach którego została przyznana pomoc)	<b>Numer i data zawarcia umowy</b>	<b>Kwota wykorzystana</b>	<b>Kwota rozliczona</b>

Posiadam \*,/ nie posiadam\*, wymagalne zobowiązania wobec PFRON.

Jeśli tak, podać rodzaj i wysokość wymagalnego zobowiązania

.....

.....  
.....  
**13. Uzasadnienie konieczności zakupu sprzętu** (uzasadnienie składanego wniosku, w jakim stopniu aktywizacja społeczna zostanie zrealizowana dzięki pomocy udzielonej w ramach programu, uzasadnić w jakim sposób prowadzenie zajęć rehabilitacyjnych w warunkach domowych przy pomocy wnioskowanego sprzętu przyczyni się do osiągnięcia przez osobę niepełnosprawną możliwie najwyższego poziomu jej funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej).

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

.....  
**14. Informacje o innych źródłach finansowania zadania:**

Posiadam inne, poza uzyskanymi z własnych przychodów środki na sfinansowanie zadania lub przyrzeczenie otrzymania środków

- tak
- nie

Jeśli tak, podać kwotę i źródło pochodzenia środków:

.....

**Oświadczam, że:**

1. podane informacje są zgodne z prawdą,
2. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego realizowanego zadania,
3. wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych, w bazie danych Gorzowskiego Centrum Pomocy Rodzinie w Gorzowie Wlkp.

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „nie dotyczy”.

....., data .....  
(podpis Wnioskodawcy\*, przedstawiciela ustawowego\*  
opiekuna prawnego\*, pełnomocnika\*)

\* niepotrzebne skreślić

**Załączniki do wniosku**

- Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności-**oryginał do wglądu**
- Zaświadczenie lekarza specjalisty (rehabilitanta, neurologa, reumatologa, ortopedy) opisujące rodzaj niepełnosprawności Wnioskodawcy, zawierające zalecenie stosowania określonego rodzaju sprzętu rehabilitacyjnego wraz z uzasadnieniem jego zastosowania w rehabilitacji Wnioskodawcy w warunkach domowych.
- Faktura proforma/ oferta cenowa na wnioskowany sprzęt wystawiona przez sprzedawcę
- Oświadczenie o dochodach Wnioskodawcy i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym załącznik nr 1
- kopia pełnomocnictwa oryginał do wglądu

**Załącznik nr 1 do wniosku  
o dofinansowanie do zakupu  
sprzętu rehabilitacyjnego**

Miejscowość.....data.....

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

**OŚWIADCZENIE**

Ja....., niżej podpisany świadom odpowiedzialności karnej art. 233 Kodeksu Karnego oświadczam co następuje:

Liczba osób w mojej Rodzinie pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym (łącznie ze mną) wynosi..... osób. Są to (proszę wymienić te osoby z imienia i nazwiska podając stopień pokrewieństwa):

.....  
.....  
**Przeciętny miesięczny dochód rodziny ( tj. wszystkich osób pozostających ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym) w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku**

l.p.	Imię i nazwisko	kwota średniego miesięcznego dochodu w kwartale poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku *	uwagi **
<b>RAZEM DOCHODY:</b>			

**Objaśnienia:**

\* w przypadku braku dochodu wpisać „bez dochodu”

\*\* w „uwagach” w przypadku dzieci i młodzieży uczącej się podać wiek i czy się uczy lub studiuje

Niniejszym oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód na 1 osobę w moim gospodarstwie domowym**, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, **wynosił ..... zł.**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 i Nr 153, poz. 1271).

Powyższe oświadczenie składam w związku z ubieganiem się o dofinansowanie ze środków PFRON.

....., data .....

.....  
(podpis Wnioskodawcy\*, przedstawiciela ustawowego\*  
opiekuna prawnego\*, pełnomocnika\*)

\* niepotrzebne skreślić

.....  
(pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej)

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**o stanie zdrowia wydane dla potrzeb PFRON  
- dofinansowanie osobie niepełnosprawnej do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego**

**Imię i nazwisko pacjenta:** .....

**Data urodzenia:** .....

**1. Opis choroby / rodzaj schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o stopniu niepełnosprawności:**

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

**2. Zalecany rodzaj zabiegów rehabilitacyjnych na sprzęcie (określić rodzaj Zabiegu i podać nazwę sprzętu )**

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

**3. Inne zalecenia i informacje**

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

**4. Informacja o potrzebie prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu w/w sprzętu**

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

..... dnia .....

.....  
(pieczętka i podpis lekarza specjalisty  
wystawiającego zaświadczenie)