Data wpływu.....
l.dz. .....

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
ul. Piłsudskiego 5
19-300 Ełk

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

I. Dane dotyczące wnioskodawcy (osoby niepełnosprawnej)

Imię i Nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

.....

Nr PESEL.....

Dowód osobisty: seria..... numer.....

Telefon.....

Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik

1.	Znaczny stopień niepełnosprawności (pierwsza grupa)	
2.	Umiarkowany stopień niepełnosprawności (druga grupa)	
3.	Lekki stopień niepełnosprawności (trzecia grupa)	
4.	Dziecko do 16 lat z orzeczoną niepełnosprawnością	

II. Dane dotyczące rodzica/ opiekuna prawnego małoletniego/ pełnomocnika

Imię i Nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

.....

Nr PESEL.....

Dowód osobisty: seria..... numer.....

Telefon.....

UWAGA:

1. ***Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania!***
2. ***Dofinansowanie będzie przyznawane do wyczerpania środków finansowych PFRON przekazanych dla Powiatu Ełckiego na rok 2021 i zatwierdzonych do wykorzystania na powyższy cel.***
3. ***W przypadku podania przez wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, zobowiązany zostanie on do zwrotu przekazanych przez PCPR środków finansowych PFRON wraz z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonania przez PCPR płatności tych środków.***

III. Cel dofinansowania

Opis sprzętu rehabilitacyjnego .....
.....
.....
.....
.....
….....

Przewidywany efekt realizacji zadania.....
.....
.....
.....
.....
….....

Całkowity koszt zakupu sprzętu rehabilitacyjnego .....…….....zł
(słownie:.....)

Deklarowany udział własny min 20 % całkowitego kosztu ..... zł
(słownie:.....)

Wnioskowana kwota dofinansowania max 80 % całkowitego kosztu ..... zł
(słownie:.....)

IV. Uzasadnienie składanego wniosku

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

V. Informacje o korzystaniu ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

L.p	*Cel na który zostało przyznane dofinansowanie*	*Nr umowy*	*Data przyznania dofinansowania*	*Stan rozliczenia*
1.				
2.				
3.				
4.				

VI. Nazwa banku i numer konta wnioskodawcy/rodzica/opiekuna/pełnomocnika

….....
…….....

VII. Oświadczenie wnioskodawcy o dochodach

Oświadczam, że wraz ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym zamieszkują następujące osoby:

L.p	*Imię i Nazwisko*	*Stopień pokrewieństwa*	*Źródło dochodu*	*Przeciętny miesięczny dochód obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (netto).*
1.		*wnioskodawca*		
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
			RAZEM	

W przypadku osób samotnych do oświadczenia należy wpisać tylko wnioskodawcę.

Średni miesięczny dochód na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego wynosi ..... zł.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie moich danych osobowych znajdujących się w bazie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Ełku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1781 ze zm.).

Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 1444 ze zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.

.....

/data i podpis wnioskodawcy, rodzica/opiekuna/pełnomocnika/

OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, iż zostałem/am/ poinformowany/a/ przez pracowników Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Ełku, że składany przeze mnie w dniu dzisiejszym wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zakupu sprzętu rehabilitacyjnego nie jest jednoznaczny z pozytywną decyzją o przyznaniu dofinansowania, a do jego realizacji niezbędne jest podpisanie z Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie stosownej umowy i wszelkie zakupy mogą być dokonywane tylko i wyłącznie po dacie podpisania tejże umowy.

2. Oświadczam, iż o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem PCPR w Ełku.

3. Oświadczam, że na dzień składania wniosku nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON.

4. Oświadczam, ze w ciągu trzech lat od daty złożenia niniejszego wniosku nie byłem/am/ stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

5. Oświadczam, iż posiadam min. 20% środków własnych na realizację wnioskowanego zadania.

.....

/data i podpis wnioskodawcy, rodzica/opiekuna/pełnomocnika/

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych w oparciu o RODO

(Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, Dz.U. 2016, poz. 119)

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ełku z siedzibą w 19-300 Ełk, ul. J. Piłsudskiego 5 w celu uzyskania wsparcia i pomocy.
2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
3. Zapoznałem (-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich zmiany, poprawiania i wycofania.

……..……..……

data i podpis wnioskodawcy/ rodzica/ opiekuna/ pełnomocnika

Załączniki:

1. *Kopia orzeczenia o zakwalifikowaniu przez organy orzekające do jednego z trzech stopni niepełnosprawności lub równoważne, w przypadku dzieci orzeczenie o niepełnosprawności.*
2. *Oferta cenowa na sprzęt będący przedmiotem dofinansowania.*
3. *Zaświadczenie lekarskie uzasadniające konieczność zaopatrzenia we wskazany sprzęt rehabilitacyjny, stanowiące załącznik do wniosku.*

.....
pieczątka ZOZ lub ISPL

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia wydane dla potrzeb PCPR w Ełku
(dofinansowanie sprzętu rehabilitacyjnego ze środków PFRON)

1. Imię i Nazwisko pacjenta.....
2. Adres zamieszkania.....
3. Data urodzenia.....

4. Rozpoznanie i opis choroby zasadniczej

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

5. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia niepełnosprawności

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

6. Czy zachodzi potrzeba rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu sprzętu o który ubiega się wnioskodawca

   □ TAK □ NIE

7. Zalecany sprzęt rehabilitacyjny stosowany do potrzeb wynikających z niepełnosprawności

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

.....

(*data, podpis i pieczątka lekarza wystawiającego zaświadczenie)*