

C. OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW I LICZBIE OSÓB POZOSTAJĄCYCH WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi _____ zł.

Słownie: _____ zł.

Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym _____

D. WNIOSKODAWCA ORAZ OSOBY POZOSTAJĄCE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z WNIOSKODAWCĄ

L.p.	Rok urodzenia	Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą	Przeciętny miesięczny dochód za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku
1.		wnioskodawca	
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

E. NAZWA BANKU I NR RACHUNKU BANKOWEGO

1. NAZWA BANKU

2. NR RACHUNKU BANKOWEGO

<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

F. MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA

G. CEL DOFINANSOWANIA

H. PRZEWIDYWANY KOSZT REALIZACJI ZADANIA

1. KWOTA

2. SŁOWNIE

I. INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

Korzystałem/am ze środków finansowych PFRON (właściwie zaznaczyć, w przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK proszę wypełnić poniższą tabelę)

TAK NIE

Cel (nazwa zadania ustawowego oraz/lub nazwa programu celowego, w ramach którego przyznana została pomoc)	Nr zawartej umowy	Data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Termin rozliczenia	Kwota rozliczona
RAZEM					

J. WYSOKOŚĆ KWOTY WNIOSKOWANEGO DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW FUNDUSZU

1. KWOTA

2. SŁOWNIE

Część II.

OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, że nie posiadam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, nie byłem w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
2. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że kwota dofinansowania zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny wynosi do 80% kosztów przedsięwzięcia oraz, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu. Oświadczam, że w przypadku przyznania dofinansowania będę dysponował/a środkami finansowymi na opłacenie udziału własnego w postaci różnicy pomiędzy kwotą dofinansowania, ewentualnym dofinansowaniem z innych źródeł, a całkowitym kosztem realizacji zadania.
3. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (o czym zostałem/am uprzedzony/a).

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Polkowicach.

Część III.

A. PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY, OPIEKUN PRAWNY LUB PEŁNOMOCNIK

(wypełnić tylko w przypadku takiego stanu prawnego)

1. Imię i nazwisko			
2. Data urodzenia		3. Pesel	
		□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	
4. Dowód osobisty SERIA _____ NR _____ WYDANY W DNIU _____ PRZEZ _____ WAŻNY DO _____			
5. ADRES ZAMIESZKANIA			
Ulica		Nr domu	Nr mieszkania
Miejscowość	Kod pocztowy	Powiat	Województwo
6. USTANOWIONY OPIEKUNEM/PEŁNOMOCNIKIEM OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ (imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)			

POSTANOWIENIEM SĄDU			
_____ W _____			
Z DNIA _____			
SYG. AKT. _____ lub			
7. USTANOWIONY PEŁNOMOCNIKIEM OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ (imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)			

NA MOCY PEŁNOMOCNICTWA POTWIERDZONEGO PRZEZ NOTARIUSZA _____			

Z DNIA _____			
_____ REPET. NR _____			

CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY, PRZEDSTAWICIELA
USTAWOWEGO, OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA

DATA _____

POUCZENIE!

Ustawa z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny (Dz.U. z 2020r., poz. 1444, 1517 t.j.)

Art. 233

- § 1. Kto, składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat.
- § 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat.
- § 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania lub odebrał od niego przyrzeczenie.

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:

1. Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopia orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998r. (oryginał do wglądu).
2. Aktualne zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę właściwego dla dysfunkcji, z której wynika niepełnosprawność, zawierające informację, że zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego (zaświadczenie wg wzoru).
3. Oferta cenowa lub faktura PRO-FORMA wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego wydana przez sklep, hurtownię.

UWAGA!

W przypadku złożenia wniosku, w którym występują uchybienia i nieusunięcie ich w wyznaczonym przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Polkowicach terminie, powoduje pozostawienie go bez rozpatrzenia.

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „nie dotyczy”. W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca w odpowiedniej rubryce wpisać „w załączeniu – załącznik nr ...” przypisując numery załączników do punktów, których dotyczą.

CZĘŚĆ IV.
WYPEŁNIA POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W POLKOWICACH

A. ADNOTACJE PRZYJMĄCEGO WNIOSEK

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

B. UCHYBIENIA STWIERDZONE WE WNIOSKU

Uchybienia usunięto w dniu _____ / nie usunięto

C. UWAGI

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

DATA I PODPIS PRACOWNIKA MERYTORYCZNEGO _____

CZĘŚĆ V.

A. DECYZJA O ROZPATRZENIU WNIOSKU

<input type="checkbox"/> POZYTYWNA	<input type="checkbox"/> NEGATYWNA	<input type="checkbox"/> WNIOSEK POZOSTAWIONY BEZ ROZPATRZENIA
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		

DATA I PODPIS DYREKTORA PCPR W POLKOWICACH _____

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Polkowicach
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

DANE PACJENTA

Imię i nazwisko			
Data urodzenia		Pesel	
ADRES ZAMIESZKANIA			
Ulica		Nr domu	Nr mieszkania
Miejscowość	Kod pocztowy	Powiat	Województwo

ROZPOZNANIE LEKARSKIE

RODZAJ KONIECZNEGO SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO

WSKAZANA CZĘSTOTLIWOŚĆ STOSOWANIA WW. SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO

UZASADNIENIE PROWADZENIA REHABILITACJI W WARUNKACH DOMOWYCH PRZY UŻYCIU WW. SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO

MIEJSCOWOŚĆ, DATA

PIECZĄTKA I PODPIS LEKARZA