

Data wpływu wniosku do PCPR

Pieczątka PCPR

Nr sprawy:

W N I O S E K

O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny
(indywidualne osoby niepełnosprawne)

Część I.

A. WNIOSKODAWCA			
1. Imię i nazwisko	2. Pesel □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □		
3. Data urodzenia	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. Numer telefonu kontaktowego			

B. PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA

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

- 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.
- 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.
- 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. 2017, poz 2204 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.

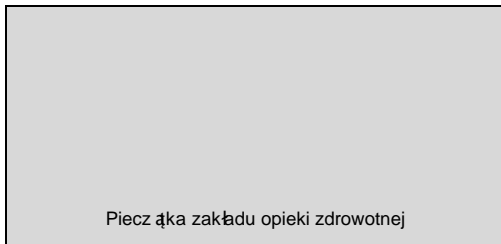
ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:

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.



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
