

Data wpływu

Numer wniosku.....

(wypełnia PCPR)

(wypełnia PCPR)

WNIOSEK O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON

dotyczący dofinansowania do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

I. Dane osoby niepełnosprawnej: *(proszę wypełnić drukowanymi literami)*

Imię i nazwisko.....

Numer identyfikacji podatkowej NIPPESEL

Adres zamieszkania (z kodem)

Dowód osobisty seria nr..... wydany przez

.....data wydania.....

Telefon kontaktowy

II.A. Stopień niepełnosprawności⁽¹⁾

1. znaczny / inwalidzi I grupy / osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji, osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
2. umiarkowany / inwalidzi II grupy / osoby całkowicie niezdolne do pracy,	
3. lekki / inwalidzi III grupy / osoby częściowo niezdolne do pracy, osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	
4. osoby w wieku do lat 16 którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	

III.B. Rodzaj niepełnosprawności⁽¹⁾

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku, wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk *	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

⁽¹⁾wstawić X we właściwej rubryce

* niepotrzebne skreślić

IV. Informacja o korzystaniu ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych:

Cel (nazwa zadania ustawowego oraz /lub nazwa programu, w ramach którego przyznana została pomoc	Nr umowy	Data przyznania dofinansowania	Kwota przyznana	Stan rozliczenia

XII. 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, wynosił:zł

słownie:.....

Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.....

XIII. Oświadczam, że nie mam zaległości w terminowym regulowaniu wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłam/em stroną umowy zawartej z Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

XIV. Oświadczam, że 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 z późn. zm./

XV. **Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.**

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem

Miejscowość..... data.....

/ czytelny podpis wnioskodawcy, przedstawiciela
ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika/

Załączniki do wniosku:

1. Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub równoważnego) lub w przypadku dziecka orzeczenia o niepełnosprawności wraz z oryginałem do wglądu.
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie, potwierdzające potrzebę prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu wnioskowanego sprzętu.(zał. Nr 1)
3. w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej kopia zaświadczenia lub postanowienia sądu o ustanowieniu opiekunem prawnym, a w przypadku pełnomocnika kopia pełnomocnictwa wraz z oryginałem do wglądu.
4. Faktura pro-forma lub oferta cenowa określająca cenę brutto wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego.

.....
(pieczęć PCPR)

.....
(Data rozpatrzenia wniosku)

VII. Sposób rozpatrzenia wniosku:

1. W dniu wniosek został rozpatrzony przez powołaną w tym celu Komisję pozytywnie / negatywnie.
2. Przyznano dofinansowanie w kwocie..... zł

słownie:.....

3. Uzasadnienie w przypadku negatywnego rozpatrzenia wniosku.....

.....
(sporządził)

.....
(zatwierdził pieczęć i podpis)

(Załącznik nr 1)

Data.....

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

**Zaświadczenie lekarskie dotyczące zakupu sprzętu rehabilitacyjnego
dla osoby niepełnosprawnej**

Imię i nazwisko

PESEL

Adres

Rodzaj schorzenia:.....
.....

Nazwa sprzętu rehabilitacyjnego.....
.....
.....

Uzasadnienie celowości zakupu w/w sprzętu rehabilitacyjnego oraz jego wpływ na poprawę sprawności
organizmu osoby niepełnosprawnej /przewidywane efekty/:

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

Czy zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu w/w sprzętu?

/ tak / nie /

.....
Pieczęć i podpis lekarza specjalisty

Katalog sprzętu rehabilitacyjnego, który może być dofinansowany ze środków PFRON

Dla osób niepełnosprawnych stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności:

1. wanna z hydromasażem,
2. urządzenie do kąpieli perełkowych i ozonoterapii (Balsan Futura),
3. przyłóżkowe urządzenie rehabilitacyjne,
4. osprzęt do PUR,
5. wanienska do masażu stóp,
6. rower rehabilitacyjny – stacjonarny,
7. rower trójkołowy – dla osób z zachwianiem poczucia równowagi,
8. rotor do ćwiczeń kończyn dolnych,
9. rotor do ćwiczeń kończyn górnych,
10. orbitrek
11. piłka rehabilitacyjna,
12. materac rehabilitacyjny do ćwiczeń,
13. zestaw rehabilitacyjny do ćwiczeń:
 - mata rehabilitacyjna
 - kostka manipulacyjna
 - wałek i półwałek rehabilitacyjny
 - pufa rehabilitacyjna
 - gruszka rehabilitacyjna
 - drabinki rehabilitacyjne
 - klin rehabilitacyjny
14. tablica do ćwiczeń manualnych z oporem,
15. tablica do ćwiczeń manualnych bez oporu,
16. urządzenie do ćwiczeń czynnych stawu skokowo-goleniowego (krzyżak),

Realizacja zadania (zakup) może nastąpić dopiero po przyznaniu dofinansowania i podpisaniu stosownej umowy.

Sprzęt zakupiony przed podpisaniem umowy nie podlega dofinansowaniu.