SR

POWIATOWE CENTRUM POMOCY
RODZINIE W WOLSZTYNIE
ul. 5 Stycznia 5
64-200 Wolsztyn
tel. 68 384 56 12
e-mail: pcpr@powiatwolsztyn.pl
www.pcpr.powiatwolsztyn.pl

Data wpływu wniosku ……
(wypełnia PCPR)

Nr kolejny wniosku ……
(wypełnia PCPR)

WNIOSEK
O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH ZAKUPU SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO

I.DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY – OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ
Imię i nazwisko…… PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
ADRES ZAMIESZKANIA Kod pocztowy ☐☐-☐☐☐ (poczta)…… miejscowość …… ulica …… nr domu …… nr lok. ……. tel. ……
DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (dla małoletniego dziecka), OPIEKUNA PRAWNEGO, OPIEKUNA FAKTYCZNEGO, PEŁNOMOCNIKA NOTARIALNEGO *(wypełnić, jeśli dotyczy)*
Imię i nazwisko …… PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ADRES ZAMIESZKANIA Kod pocztowy ☐☐-☐☐☐ (poczta)……miejscowość …… ulica …… nr domu …… nr lok. …… tel. …… Opiekun prawny/faktyczny ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego w …… z dnia…… sygnatura akt …… i nieodwołany na dzień składania wniosku. Pełnomocnik na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dnia …… rep. …… i nieodwołany na dzień składania wniosku.

II. POSIADANE ORZECZENIE *(wstawić X we właściwej rubryce)*

znaczny – (inwalidzi I grupy, osoby całkowicie niezdolne do pracy i samodzielnej egzystencji oraz osoby o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny na podstawie orzeczenia wydanego przed 1998 r.)	
umiarkowany – (inwalidzi II grupy oraz osoby całkowicie niezdolne do pracy)	
lekki – (inwalidzi III grupy, osoby częściowo niezdolne do pracy oraz osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym na podstawie orzeczenia wydanego przed 1998 r.)	
osoby w wieku do lat 16 z orzeczeniem o niepełnosprawności	

III. PRZYCZYNA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI *(wstawić X we właściwej rubryce)*

Upośledzenie umysłowe	
Choroby psychiczne	
Zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	
Choroby narządu wzroku	
Upośledzenie narządu ruchu	
Epilepsja	
Choroby układu oddechowego i układu krążenia	
Choroby układu pokarmowego	
Choroby układu moczowo-płciowego	
Choroby neurologiczne	
Inne	
Całościowe zaburzenia rozwojowe	
Głuchoślepota	

IV. INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON		☐ Tak *(należy wypełnić tabelę)* ☐ Nie	
Cel dofinansowania	Nr umowy	Data przyznania dofinansowania	Stan rozliczenia
Likwidacja barier architektonicznych			
Likwidację barier technicznych			
Likwidacja barier w komunikowaniu się			
Zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny			
Inny (jaki) ……			

V. INFORMACJE O PRZEDMIOCIE DOFINANSOWANIA - cel dofinansowania

1. **Uzasadnienie potrzeby zakupu sprzętu rehabilitacyjnego do prowadzenia czynnej rehabilitacji w warunkach domowych:**

.....

.....

.....

.....

2. **Przedmiot dofinansowania:**
   wnioskuję o dofinansowanie do zakupu:

Lp.	Nazwa sprzętu rehabilitacyjnego	Przewidywany koszt realizacji (w zł)
	RAZEM	

(Wnioskodawca we własnym zakresie dokonuje rozpoznania cen (brutto) zakupu sprzętu rehabilitacyjnego)

3. **Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania:** .....**zł**

   (słownie:..... zł),

   co stanowi maksymalnie 80 % kwoty brutto kosztów zakupu.

4. **Udział własny w kosztach realizacji zadania** ..... **zł**

   (słownie:..... zł),

   co stanowi minimum 20 % kwoty brutto kosztów zakupu.

5. **Miejsce realizacji zadania** ……

6. **Informacja o rachunku bankowym Wnioskodawcy lub osoby upoważnionej:**

Właściciel rachunku bankowego *(imię i nazwisko)* ……

Nazwa banku ……

Nr rachunku bankowego:

VI. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

1. Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny przypadający na jedną osobę w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2017 r. poz.1952), obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:

   wynosi …… zł.

   słownie: ……..

   Łączna liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym: .....

2. Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych PCPR w Wolsztynie dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji mojego wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2016 poz. 922).

3. Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zwanego dalej Funduszem i nie byłam/em w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

4. Oświadczam, że posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach zadania w wysokości minimum 20 % łącznej kwoty wnioskowanego dofinansowania, o którym mowa w rozdz. V pkt. 4 niniejszego wniosku.

5. Oświadczam, że zapoznałam/em się z procedurą dotyczącą przyznawania w bieżącym roku dofinansowania do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny załączoną do wniosku.

6. Oświadczam, że jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 § 1, 2 i ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks karny t.j. (Dz. U. z 2017 r. poz. 2204) za składanie nieprawdziwych danych.

7. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku powzięcia wątpliwości odnośnie podanych we wniosku o dofinansowanie danych, w szczególności, co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, PCPR wezwie Wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.

8. O zaistniałych zmianach mających wpływ na realizację wniosku zobowiązuję się powiadomić PCPR w Wolsztynie w terminie 14 dni.

9. Oświadczam, że są mi znane następujące informacje:
   a) dofinansowanie nie przysługuje osobom, które w ciągu 3 lat przed dniem złożenia wniosku były, stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie tej osoby,
   b) dofinansowanie nie przysługuje, jeżeli Wnioskodawca ma zaległości wobec Funduszu,
   c) dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie,
   d) podstawę dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych stanowi umowa zawarta pomiędzy Starostą Wolsztyńskim reprezentowanym przez Dyrektora PCPR a Wnioskodawcą,
   e) nieusunięcie ewentualnych uchybień we wniosku w wyznaczonym przez PCPR terminie 30 dni, skutkować będzie pozostawieniem wniosku bez rozpatrzenia,
   f) niniejszy wniosek zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i uchwaleniu planu finansowego na dany rok.

.....	.....
Data	podpis Wnioskodawcy*/ przedstawiciela ustawowego*/ opiekuna prawnego*/ pełnomocnika*

** niepotrzebne skreślić*

ZAŁĄCZNIKI (DOKUMENTY) WYMAGANE DO WNIOSKU

Lp.	Nazwa załącznika	Wypełnia pracownik PCPR		
		Załączono do wniosku TAK/NIE	Uzupełniono TAK / NIE	Data uzupełnienia /uwagi/
1.	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub inne równoważne potwierdzające niepełnosprawność Wnioskodawcy – oryginał do wglądu			
2.	Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające opis przyczyny niepełnosprawności i szczegółowe uzasadnienie celowości zakupu sprzętu rehabilitacyjnego – według załącznika *(zaświadczenie ważne 3 miesiące od daty wystawienia)*			
3.	Oferta cenowa od sprzedawcy			
4.	Kopia pełnomocnictwa notarialnego lub odpis postanowienia sądu lub zaświadczenia o ustanowieniu opiekuna prawnego w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego – oryginał do wglądu			

……

Podpis i pieczątka pracownika PCPR

Informacja dla Wnioskodawców ubiegających się o dofinansowanie zaopatrzenia osób niepełnosprawnych w sprzęt rehabilitacyjny ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON).

Sprzętem rehabilitacyjnym może być każdy sprzęt niezbędny do prowadzenia zajęć rehabilitacyjnych w warunkach domowych mający za zadanie osiągnięcie przy aktywnym uczestnictwie osoby niepełnosprawnej, możliwie najwyższego poziomu jej funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej.

PROCEDURA DOTYCZĄCA PRZYZNAWANIA DOFINANSOWANIA ZAOPATRZENIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH W SPRZĘT REHABILITACYJNY

1. Druk wniosku można pobrać w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Wolsztynie, ul. 5 Stycznia 5 64-200 Wolsztyn, pok. 15 lub wydrukować ze strony internetowej www.pcpr.powiatwolsztyn.pl. Wypełniony czytelnie i starannie wniosek wraz z załącznikami należy złożyć w siedzibie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wolsztynie.
2. Osoba niepełnosprawna może ubiegać się o dofinansowanie ze środków Funduszu zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, stosownie do potrzeb wynikających z jej niepełnosprawności, jeżeli średni miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek, nie przekracza kwoty:
   - 50 % przeciętnego wynagrodzenia na członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym,
   - 65 % przeciętnego wynagrodzenia, w przypadku osoby samotnej.
3. Wniosek niekompletny wymaga uzupełnienia w terminie 30 dni.
   Nieusunięcie braków w wyznaczonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.
4. Rozpatrywanie wniosków następuje po otrzymaniu informacji z PFRON o wysokości środków na dany rok oraz po podziale tych środków na zadania przez Radę Powiatu Wolsztyńskiego.
5. Wnioski rozpatruje się w kolejności złożenia, do wyczerpania środków finansowych przyznawanych na ten cel.
6. Wnioski rozpatrywane będą w oparciu o obowiązujące Zarządzenie Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w sprawie przyznawania dofinansowania ze środków PFRON.
7. O przyznaniu lub o odmowie dofinansowania Wnioskodawca zostaje powiadomiony pisemnie.
8. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadań poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.
9. Realizacja wniosku następuje na podstawie umowy zawartej z Wnioskodawcą, która określa w szczególności: strony umowy, zakres zadania podlegającego dofinansowaniu, termin wykonania zadania, wysokość środków przyznanych na realizację zadania.
10. W przypadku zgonu Wnioskodawcy po podpisaniu umowy, dofinansowanie za zakupiony sprzęt nie zostanie wypłacone.
11. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie dokonuje rozliczenia dofinansowania po weryfikacji dokumentów rozliczeniowych.

UPOWAŻNIENIE

.....
Imię i nazwisko

.....

.....
adres zamieszkania

w nawiązaniu do wniosku dotyczącego dofinansowania do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego **upoważniam**

.....
(imię i nazwisko osoby upoważnianej)

……
adres zamieszkania

……..
PESEL

do reprezentowania mnie w w/w sprawie złożenia wniosku, dostarczania i odbioru dokumentów.

……..
podpis

Załącznik do wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia osób niepełnosprawnych w sprzęt rehabilitacyjny

……., dnia ……
(miejscowość)

……
Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(*prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)*

Imię i nazwisko……..

Adres zamieszkania……..

PESEL……

1. Rodzaj schorzenia Pacjenta

   ……

   ……

   ……

2. Zalecany sprzęt rehabilitacyjny

   ……

   ……

3. Uzasadnienie celowości zakupu w/w sprzętu rehabilitacyjnego oraz jego wpływ na poprawę sprawności organizmu osoby niepełnosprawnej (przewidywane efekty)

   ……

   ……

   ……

4. Uzasadnienie potrzeby prowadzenia rehabilitacji <u>w warunkach domowych</u> przy użyciu w/w sprzętu

   ……

   ……

   ……

……
Pieczątka i podpis lekarza