

Nr sprawy.....

Załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 1/2022  
p.o. Dyrektora PCPR w Sulęcinie z dnia 24.01.2022r.  
w sprawie wprowadzenia druków wniosków na realizację  
zadań powiatu dofinansowywanych ze środków PFRON

Data przyjęcia (wypełnienia PCPR) .....

## WNIOSEK

### o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Sulęcinie  
ul. Daszyńskiego 49, 69-200 Sulęcín  
tel. 957550753  
adres e-mail: pcpr@pcprsulecin.pl

#### 1. Dane personalne Wnioskodawcy (osoby niepełnosprawnej, której dotyczy wniosek)

(proszę wypełnić drukowanymi literami)

DANE PERSONALNE	ADRES ZAMIESZKANIA
Imię .....	Kod pocztowy: ____ - _____
Nazwisko .....	Poczta .....
Data urodzenia .....	Miejscowość .....
NIP .....	Ulica .....
PESEL .....	Nr domu ..... nr mieszkania .....
Seria i nr dowodu osobistego .....	Telefon .....
wydany przez .....	.....

#### 2. Dane personalne osoby składającej wniosek w imieniu osoby niepełnosprawnej:

- przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy)
- opiekun prawny (dla osoby ubezwłasnowolnionej)
- lub pełnomocnik Wnioskodawcy (na podstawie pisemnego pełnomocnictwa)

Imię i nazwisko .....

Dowód osobisty: seria ..... nr ..... wydany przez .....

Nr PESEL ..... nr NIP .....

Miejscowość ..... ulica ..... nr domu ..... nr lokalu .....

kod ..... - ..... poczta ..... województwo .....

nr telefonu .....

ustanowiony opiekunem\* / pełnomocnikiem .....

(postanowieniem Sądu rejonowego z dn. .... sygn. akt\* / na mocy postanowienia potwierdzonego  
przez notariusza ..... z dn. .... repet. nr .....) )

\* niepotrzebne skreślić

### 3. Rodzaj niepełnosprawności <sup>(1)</sup>

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak lub amputacja dłoni lub rąk	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
5. deficyt umysłowy (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
Czy Wnioskodawca korzysta?	
1) z przedmiotów ortopedycznych (wymienić jakich) .....	
2) ze sprzętu rehabilitacyjnego (wymienić jakiego) .....	

### 4. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON <sup>(1)</sup>

Czy Wnioskodawca w okresie ostatnich trzech lat korzystał ze środków PFRON na zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny					Tak	
					Nie	
Nr i data zawarcia umowy	Przyznana kwota	Cel ( nazwa programu lub nazwa zadania)	Termin rozliczenia	Rozliczono kwotę	Źródło: PFRON, PCPR, inne	

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON <sup>(1)</sup>	Tak: ___	Nie: ___
Kwota zaległości	.....	
Czy Wnioskodawca był stroną umowy zawartej z PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy <sup>(1)</sup>	Tak: ___	Nie: ___
Nr i data rozwiązanej umowy, przedmiot umowy, przyczyna rozwiązania	..... .....	

(1) proszę wstawić X we właściwej rubryce

### 5. Przedmiot wniosku, cel dofinansowania (uzasadnienie)

.....  
.....

### 6. Miejsce realizacji zadania (instalacji urządzenia):

.....



Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi.....

		Źródło dochodu	Przeciętny miesięczny dochód netto
1.	Wnioskodawca:		
	Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą:	x	x
2.			
3.			
4.			
		RAZEM	

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.

.....  
(podpis Wnioskodawcy\*, przedstawiciela ustawowego\*, opiekuna prawnego\*, pełnomocnika\*)

**Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Sulęcinie**  
Pana/Pani dane osobowe przetwarzamy w celu realizacji obowiązku prawnego, realizacji zadań publicznych lub na podstawie zgody. Przysługują Pani/Panu, z zastrzeżeniem przepisów RODO: prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii, prawo do sprostowania swoich danych, prawo do ograniczenia przetwarzania danych, prawo do usunięcia danych, prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.

Szczegółowe informacje dot. przetwarzania danych osobowych można znaleźć pod adresem:

[https://bip.wrota.lubuskie.pl/pcprsulecin/31/Administrowanie\\_danymi\\_osobowymi/](https://bip.wrota.lubuskie.pl/pcprsulecin/31/Administrowanie_danymi_osobowymi/)

W przypadku wątpliwości prosimy o kontakt osobisty/listowny: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Sulęcinie ul. Daszyńskiego 49, telefoniczny: 95/755 07 53 lub pcpr@pcprsulecin.pl

#### **Załączniki wymagane do wniosku:**

1. Kopia ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne (w przypadku dzieci do lat 16 kopia orzeczenia o niepełnosprawności).
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, uzasadniające posiadanie sprzętu rehabilitacyjnego, wystawione przez lekarza specjalistę, wypełnione czytelnie w języku polskim (załącznik nr 2).
3. Oświadczenie Wnioskodawcy o posiadaniu środków na wkład własny (załącznik nr 1).
4. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania, jeżeli takie istnieje.
5. Dokumenty potwierdzające wysokość poniesionych nakładów na realizację zadania, jeżeli takie wystąpiły.
6. Oferta cenowa na wnioskowany sprzęt.

## OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

### o posiadaniu środków na wkład własny

(dotyczy wnioskodawców ubiegających się o dofinansowanie ze środków PFRON)

dla: Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Sulęcinie w celu dofinansowania zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny.

Niniejszym oświadczam, że Ja .....  
(imię i nazwisko)

zamieszkał(a) w : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ .....  
(kod pocztowy)

ul. .... nr domu ....., nr mieszkania .....

posiadam środki finansowe na wkład własny w wysokości wymaganej zasadami zadania.

**Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że maksymalna wysokość dofinansowania ze środków PFRON wynosi do 80% kosztów uznanych przez PCPR w Sulęcinie.**

....., data .....

.....  
(podpis Wnioskodawcy\*, przedstawiciela ustawowego\*  
opiekuna prawnego\*, pełnomocnika\*)

.....  
stempel zakładu opieki zdrowotnej

dnia .....

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

wydane przez lekarza specjalistę dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Sulęcinie  
(Załącznik do wniosku o dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny)

(prosimy wypełnić czytelnie i w języku polskim)

1) Imię i nazwisko pacjenta .....

2) Adres zamieszkania .....

3) Data urodzenia .....

4) Rodzaj niepełnosprawności .....

.....

5) Czy zakup urządzenia/sprzętu (wymienić).....

.....umożliwi lub znacznie ułatwi pacjentowi wykonywanie koniecznych zabiegów usprawniających

.....

.....

6) Uzasadnienie potrzeby prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu wyżej wymienionego

sprzętu .....

.....

.....

.....  
pieczętka i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie