

Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

RS.552.....2017

.....
data wpływu

Dane Wnioskodawcy

Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
Data urodzenia	
PESEL	
Stopień niepełnosprawności	
Telefon kontaktowy	

Dane przedstawiciela ustawowego Wnioskodawcy, opiekuna prawnego, kuratora lub osoby reprezentującej – jeżeli dotyczy

Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
PESEL	
Telefon kontaktowy	

Oświadczenie o dochodach

Przeciętny **miesięczny** dochód tj. dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych podzielonych przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, **obliczonym za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.**

L.p.	Imię i nazwisko	Źródło dochodu	Przeciętny miesięczny dochód (netto)
1.	Wnioskodawca		
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
Suma dochodów wszystkich członków gospodarstwa domowego:			
Średni miesięczny dochód na jedną osobę:			

Nazwa sprzętu rehabilitacyjnego

.....

Przewidywany termin zakupu

.....

Przewidywany koszt zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

.....

Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:

Informacja o innych źródłach finansowania zadania

Informacja o korzystaniu ze środków PERON do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny (w ciągu ostatnich 3 lat)

Uzasadnienie wniosku

Informacje dodatkowe

W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku i przyznania dofinansowania proszę o jego przekazanie

Należy wybrać jedną z poniższych form przekazania/odbioru dofinansowania:																																									
<input type="checkbox"/>	Przekazanie kwoty dofinansowania na rachunek bankowy numer: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table> Dane posiadacza rachunku																																								
<input type="checkbox"/>	Wypłata kwoty dofinansowania w kasie banku (wnioskodawcy lub osobie wskazanej w załączonym upoważnieniu)																																								
<input type="checkbox"/>	Konto sprzedawcy podane na załączonej fakturze																																								

Załączniki wymagane do wniosku:

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub innego równoważnego orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub art. 62 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej (t.j. Dz. U. z 2016r., poz. 2046), a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust.3 ustawy, kopia orzeczenia wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r. (oryginał do wglądu),
2. Zaświadczenie lekarza specjalisty,
3. Zaświadczenie o dochodach (decyzja renty/emerytury, zaświadczenie z miejsca pracy),
4. Minimum **dwie** oferty cenowe na wnioskowany sprzęt,
5. Kserokopia dowodu osobistego (oryginał do wglądu).

Oświadczenia:

1. Uprzedzona/y o odpowiedzialności w tym także karnej, za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni. Jestem świadoma/y odpowiedzialności w tym także karnej, za złożenie fałszywego oświadczenia.
2. Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych, w bazie danych Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Oświęcimiu dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji zadań ustawowych, zgodnie a ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2016r., poz. 922).

.....
 miejscowość, data

.....
 podpis Wnioskodawcy