

.....
pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

.....
data wpływu kompletnego wniosku

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(Nr PESEL)

.....
(NIP- w przypadku nadania)

.....
(Miejscowość, ulica, kod pocztowy)

.....
(Nr telefonu)

**Powiatowe Centrum
Pomocy Rodzinie
ul. Towarowa 4-6
87-100 Toruń**

PROŚBA

Ja, niżej podpisana/y zwracam się z prośbą o przyznanie dofinansowania ze środków PFRON do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla mojego dziecka, zgodnie z załączonym wnioskiem.

.....
Podpis rodzica/opiekuna

WNIOSEK DOTYCZĄCY DZIECKA

(*) zaznaczyć właściwą odpowiedź

I. INFORMACJE OGÓLNE O DZIECKU

Imię i Nazwisko.....data urodzenia.....
adres zamieszkania
(województwo).....(miejsowość).....(ulica).....
nr domu/lokalu.....(kod pocztowy)

Dane dotyczące rodziców, opiekunów prawnych dziecka

MATKA

.....
imię (imiona) i nazwisko

Dowód osobisty: seria.....nr.....data wydania
Nr PESEL.....Nr NIP.....
Zam. w.....ul.....
Nr domu..... nr lokalu.....
Nr kodu.....Poczt.....Powiat.....
Województwo.....**Nr telefonu**

OJCIEC

.....
imię (imiona) i nazwisko

Dowód osobisty: seria.....nr.....data wydania
Nr PESEL.....Nr NIP.....
Zam. w.....ul.....
Nr domu..... nr lokalu.....
Nr kodu.....Poczt.....Powiat.....
Województwo.....**Nr telefonu**

Ustanowiony opiekunem/pełnomocnikiem (odpowiednie podkreślić), podać - kogo

.....
imię i nazwisko, data urodzenia

.....
adres

postanowieniem Sądu Rejonowego z dn.....sygn. akt/na mocy pełnomocnictwa (odpowiednie podkreślić) potwierdzonego przez Notariusza.....
z dn.....repet. nr.....

Dane dotyczące stanu zdrowia dziecka

1. Czy dziecko posiada aktualne orzeczenie o niepełnosprawności TAK NIE*
 Jeśli tak,
 - proszę podać stopień niepełnosprawności
 - kod niepełnosprawności (nie dotyczy orzeczeń ZUS, KRUS).....
 - data ważności niniejszego orzeczenia o niepełnosprawności
2. Czy choroba jest postępująca TAK NIE*
 3. Czy dziecko rehabilitacji TAK NIE*
 4. Czy dziecko posiada dysfunkcje narządu wzroku TAK NIE*
 5. Czy dziecko posiada dysfunkcje narządu słuchu TAK NIE*
 6. Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe) TAK NIE*
7. Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim (np. wrodzony brak lub amputacja dłoni lub rąk) TAK NIE*
- potrzeba zaopatrzenia w

.....
wymienić przedmiot dofinansowania

wynika z niepełnosprawności dziecka TAK NIE*

Informacje o aktualnym stanie zdrowia dziecka i jego możliwościach:

Ocena samodzielności	tak*	Nie*
Osoba leżąca		
Czy dziecko w stanie samodzielnie usiąść		
Czy dziecko porusza się z pomocą osoby drugiej		
Czy dziecko ma możliwość samodzielnego poruszania się na wózku inwalidzkim		
Czy dziecko kontroluje potrzeby fizjologiczne		
Czy dziecko jest w stanie samodzielnie wykonywać czynności pielęgnacyjne		
Czy dziecko jest w stanie samodzielnie spożywać posiłki		
**		
**		

**		
**		

(**) proszę wpisać inne, nie wymienione w tabeli czynności, których dziecko nie jest w stanie samodzielnie wykonać.

Czy dziecko przebywa w dziennym ośrodku wsparcie (ŚDS) bądź w DPS: TAK NIE*

Czy dziecko uczęszcza na warsztaty terapii zajęciowej: TAK NIE*

Czy dziecko uczęszcza do przedszkola: TAK NIE*

Czy dziecko uczy się w szkole: TAK NIE*, w klasie integracyjnej: TAK NIE*

Czy dziecko uczy się w szkole specjalnej: TAK NIE*

Czy dziecko posiada nauczanie indywidualne: TAK NIE*

Inne uwagi dotyczące edukacji dziecka

.....

II. SYTUACJA MIESZKANIOWA DZIECKA

1. Dom jednorodzinny, wielorodzinny prywatny, wielorodzinny komunalny, wielorodzinny spółdzielczy, inne
2. Budynek parterowy, piętrowy, mieszkanie na(podać kondygnację)
3. Opis mieszkania:
 - pokoje (podać ilość)
 - kuchnia TAK NIE*
 - łazienka TAK NIE*
 - WC TAK NIE*
4. Łazienka wyposażona w:
 - wannę TAK NIE*
 - brodzik TAK NIE*
 - kabinę prysznicową TAK NIE*
 - umywalkę TAK NIE*
5. Mieszkanie jest wyposażone w instalację:
 - zimnej wody TAK NIE*
 - ciepłej wody TAK NIE*
 - kanalizacji TAK NIE*
 - centralnego ogrzewania TAK NIE*
 - prądu TAK NIE*
 - gazu TAK NIE*
6. Mieszkanie jest:
 - własnościowe TAK NIE*
 - wynajmowane TAK NIE*
7. Inne informacje o warunkach mieszkaniowych:

.....

III. OSOBY POZOSTAJĄCE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM

Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Sytuacja zawodowa: Nazwa i adres zakładu pracy, szkoły, instytucji

IV. OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Oświadczam, iż wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu w rozumieniu ustawy z dn. 28.11.2003 r. (tj. Dz.U. z 2006 Nr 139, poz. 992 z późn. zm.) o świadczeniach rodzinnych – po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób, pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosi:.....zł,
(słownie złotych:.....).

- przewidywany koszt realizacji zadania:

.....

- wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON

.....

- wysokość udziału własnego

.....

- nazwa Banku i numer rachunku bankowego (dotyczy przekazania przyznanego dofinansowania)

.....

Informacja o kwotach przyznanych wcześniej ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, z określeniem numeru zawartej umowy, celu i daty przyznania dofinansowania oraz stanu rozliczenia

.....

.....

.....

.....
Podpis rodzica/opiekuna

Załączniki:

I.

1/ Kopia ważnego orzeczenia o ustalonej niepełnosprawności / dotyczy dzieci do 16 r. życia / - oryginał do wglądu.

2/ Zaświadczenie lekarza specjalisty w zakresie potrzeby prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego (stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności).

3/ Dwie oferty cenowe sprzętu.

II.

1/ **W przypadku zatrudnienia osoby niepełnosprawnej oraz osób prowadzących wspólne gospodarstwo domowe - Zaświadczenia o przeciętnych miesięcznych dochodach** osoby niepełnosprawnej oraz wszystkich osób pracujących pozostających z osobą niepełnosprawną we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczonych za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku: (zgodnie z art. 3 ustawy z dnia 28.11.2003 r. o świadczeniach rodzinnych - przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach ogólnych na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych, pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenia zdrowotne)

2/ **W przypadku posiadania renty lub emerytury – 3 odcinki z ZUS lub decyzję ZUS**, za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku – dot. osoby niepełnosprawnej oraz osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

3/ **Deklarowany w oświadczeniu dochód z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym** od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, pomniejszony o należny zryczałtowany podatek dochodowy i składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne (zgodnie z art. 3 ustawy z dnia 28.11.2003 r. o świadczeniach rodzinnych).

4/ Zaświadczenia o innych uzyskanych dochodach w rodzinie osoby niepełnosprawnej, **niepodlegających opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych** (zgodnie z art. 3, art.5 ust.8, ustawy z dnia 28.11.2003 r. o świadczeniach rodzinnych), w tym:

- zaświadczenia wydane przez właściwy urząd dot. dochodów uzyskanych z gospodarstwa rolnego (w przypadku gdy rodzina lub osoba ucząca się utrzymuje się z gospodarstwa rolnego, przyjmuje się, że z 1ha przeliczeniowego uzyskuje się dochód miesięczny w wysokości 1/12 dochodu ogłaszanego corocznie w drodze obwieszczenia przez Prezesa GUS na podstawie art. 18 ustawy z dnia 15.11.1984 r. o podatku rolnym Dz.U. z 2006 r., Nr 136, poz.969).

- zaświadczenia wydane przez właściwy urząd dot. pobieranych świadczeń rodzinnych za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku

- inne zaświadczenia wymagane przy obliczeniu dochodu.

V. OŚWIADCZENIA KOŃCOWE

Upředzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1,2 i 3 ustawy z dnia 06.06.1997 r. Kodeks Karny (Dz.U.Nr 88,poz. 553) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zaistniałych zmianach zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni po złożeniu wniosku.

.....

data

.....

czytelny podpis rodzica/opiekuna

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w związku z ubieganiem się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny na rok 2010 zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.

.....

czytelny podpis rodzica/opiekuna