

.....
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 zgodnie z załączonym wnioskiem.

.....
podpis

WNIOSEK DOTYCZĄCY OSOBY DOROSŁEJ

(*) zaznaczyć właściwą odpowiedź

I. INFORMACJE OGÓLNE

Imię.....nazwisko.....adres zamieszkania:
(województwo).....(miejscowość).....(ulica).....
nr domu/lokalu.....

Dowód osobisty seria..... nr..... wydany w dn. przez.....
Telefon kontaktowy

Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika

.....syn/córka.....
imię (imiona) i nazwisko imię ojca

Dowód osobisty: seria.....nr.....data wydania

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

Zam. w.....ul.....

Nr domu.....nr lokalu.....

Nr kodu.....Poczta.....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

1. Czy posiada Pan/i 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 wymaga Pan/i rehabilitacji TAK NIE*

4. Czy posiada Pan/i dysfunkcje narządu wzroku TAK NIE*

5. Czy posiada Pan/i 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 mojej niepełnosprawności TAK NIE*

Informacje o aktualnym stanie zdrowia wnioskodawcy i jego możliwościach:

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

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

Czy przebywa Pan/i w dziennym ośrodku wsparcia (ŚDS) bądź w DPS: TAK NIE*

Czy uczęszcza Pan/i na warsztaty terapii zajęciowej: TAK NIE*

Czy pracuje Pan/Pani zawodowo: TAK NIE*

II. SYTUACJA MIESZKANIOWA WNIOSKODAWCY

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. SYTUACJA ZAWODOWA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

1. Zatrudniony w zakładzie pracy TAK NIE*
2. Prowadzący działalność gospodarczą TAK NIE*
3. Utrzymujący się z gospodarstwa rolnego o powierzchniha przeliczeniowych TAK NIE*
4. Bezrobotny poszukujący pracy TAK NIE*
5. Rencista poszukujący pracy TAK NIE*
6. Emeryt poszukujący pracy TAK NIE*
7. Bezrobotny nie zainteresowany podjęciem pracy TAK NIE*
8. Rencista nie zainteresowany podjęciem pracy TAK NIE*
9. Emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy TAK NIE*

IV. OSOBY POZOSTAJĄCE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM

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

V. 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 ze mną 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 wnioskodawcy

Załączniki:

I.

1/ Kopia ważnego orzeczenia o stopniu o niepełnosprawności / dotyczy osób powyżej 16 r. życia / lub kopię wypisu z treści orzeczenia, lub kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 01.01.1998 r. - 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.

VI. OŚWIADCZENIA KOŃCOWE

Uprzedzony 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 zobowiązuje się poinformować w ciągu 14 dni po złożeniu wniosku.

.....

data

.....

czytelny podpis wnioskodawcy

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich 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 wnioskodawcy