

.....
(data wpływu)

Włoszczowa dn.....

WNIOSEK
OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ
O DOFIANSOWANIE ZAOPATRZENIA W SPRZĘT REHABILITACYJNY ZE
ŚRODKÓW PFRON

A. Dane wnioskodawcy

1. Dane osobowe wnioskodawcy (osoby niepełnosprawnej)

Imię i nazwisko:.....

Adres:.....

Telefon:.....

Data urodzenia:.....

PESEL:..... NIP:.....

Seria nr dowodu osobistego.....wydany w dniu

Przez.....

2. Dane przedstawiciela ustawowego wnioskodawcy (opiekun prawny, rodzic dziecka niepełnosprawnego)

Imię i nazwisko:.....

Adres:.....

Telefon:.....

Data urodzenia:.....

PESEL:..... NIP:.....

Seria nr dowodu osobistego.....wydany w dniu

Przez.....

3. Określenie niepełnosprawności

1.	Znaczny / inwalidzi I grupy/osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
2.	Umiarkowany / inwalidzi II grupy/ osoby całkowicie niezdolne do pracy	
3.	Lekki / inwalidzi III grupy/ osoby częściowo niezdolne do pracy	
4.	Osoby w wieku do lat 16 z orzeczeniem o niepełnosprawności	
5.	Inne orzeczenie	

4. Oświadczenie o dochodach:

Ja niżej podpisany(a)
(imię i nazwisko)

oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

L.p.	Imię	Nazwisko	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Dochód miesięczny
Dane dotyczące Wnioskodawcy				
1			X	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
Razem:				

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych, pomniejszony o obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, **podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosi:.....zł.**
(słownie):.....

Do wniosku należy dołączyć:

- zaświadczenia o dochodach za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku ,
- w przypadku pobierania świadczeń w Ośrodku Pomocy Społecznej – zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej o wysokości wypłacanych świadczeń za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku,.
- Aktualne orzeczenie o niepełnosprawności
- Zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza specjalistę
- Minimum dwie oferty wymaganego urządzenia, sprzętu rehabilitacyjnego

.....
Miejscowość i data

.....
(podpis Wnioskodawcy)

5. Informacja o korzystaniu z środków PFRON

1. NIE

2. TAK

Lp.	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Cel dofinansowania	Przyznana kwota	Stan rozliczenia
1.					
2.					
3.					
4.					

B. Informacja o przedmiocie wniosku

1. Przedmiot wniosku:

.....
.....

2 Szczegółowy wykaz / przewidywany koszt realizacji zadania.

Lp.	Nazwa	Ilość sztuk	Cena jednostkowa	Wartość ogółem
Ogółem wartość sprzętu:				

3. Cel dofinansowania:

.....
.....
.....

4. Miejsce realizacji zadania:

.....
.....
.....

ADNOTACJE PRZYJMującego WNIOSK (wypełnia pracownik PCPR)

I Opinia merytoryczna co do kompletności wniosku i załączników oraz zasadności zaproponowanego przez Wnioskodawcę zakresu zadania:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(Data i podpis pracownika PCPR)

II. Opinia o przyznaniu dofinansowania:

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Data

.....
pieczętka PCPR

.....
pieczętka i podpis
kierownika PCPR

Data

Oświadczenie

Ja niżej podpisany/na oświadczam, że nie jestem płatnikiem podatku VAT.

.....
Podpis oświadczającego