

.....
pieczęć instytucji rozpatrującej wniosek

Data wpływu kompletnego wniosku

WNIOSEK
O DOFINANSOWANIE ZAOPATRZENIA W SPRZĘT
REHABILITACYJNY ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU
REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

1. Imię i nazwisko wnioskodawcy:

.....

2. Dokładny adres zamieszkania:

.....
.....

3. Numer PESEL:

.....

4. Posiadane orzeczenie o niepełnosprawności*

I ZNACZNY	II UMIARKOWANY	III LEKKI

* Należy zaznaczyć właściwą rubrykę

5. Przedmiot dofinansowania:

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

6. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

.....

8. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:

Imię	Nazwisko	Stopień Pokrewieństwa z wnioskodawcą	Dochód
		Wnioskodawca	

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi zł.
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

9. Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania

.....
.....

10. Przewidywany koszt realizacji zadania (wynikający z załączonej oferty cenowej)

.....

11. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON

.....

12. Informacje o kwotach przyznawanych wcześniej środków Funduszu z określeniem numeru zawartej umowy, celu i daty przyznania dofinansowania oraz stanu rozliczenia.

.....
.....

Oświadczam, że powyższe dane zgodne są z prawdą oraz, że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej (art. 233 Kodeksu Karnego) za składanie nieprawdziwych danych.

13. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Ja, niżej podpisany/a wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji wniosku zgodnie z ustawą o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997r. (Dz. U. z 2020r. poz. 426, z późn.zm.).
Oświadczam, że zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119, s. 1) zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dotyczącą ochrony moich danych osobowych.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej)

Przedstawiciel ustawy (dla małoletniego wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik

(punkt ten wypełniany jest w przypadku gdy wnioskodawcą jest osoba niepełnoletnia lub gdy wnioskodawca posiada wyznaczonego przez Sąd opiekuna prawnego bądź pełnomocnictwo notarialne)

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

Dowód osobisty seria nr wydany w dniu przez

PESEL.....

Zamieszkały (a) nr kodu-..... miejscowość

ulica nr domu nr lokalu

ustanowiony opiekunem/pełnomocnikiem

.....
(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. ... sygn. akt / na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza ... z dn. ... repert. nr ...)*

Wymagane załączniki:

- 1) *Kopia (oryginał do wglądu) dokumentu poświadczającego niepełnosprawność wnioskodawcy*
- 2) *Zaświadczenie lekarskie określające rodzaj niezbędnego sprzętu rehabilitacyjnego stosownego do potrzeb wynikających ze stanu zdrowia, do rehabilitacji w warunkach domowych*
- 3) *Informacja o dochodzie (netto), w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.*
- 4) *Rachunek pro-forma/ kosztorys/ oferta cenowa*

UPOWAŻNIENIE

Ja niżej podpisany zamieszkały w

.....

Legitymujący się dowodem osobistym nr PESEL

1. Oświadczam, że do uzyskania informacji o sprawach prowadzonych przez Powiatowe Centrum Pomocy rodzinie we Włocławku oraz składania wniosków, oświadczeń w moim imieniu upoważniam niżej wymienioną bliską mi osobę.

nikogo nie upowazniam¹

..... PESEL.....

zam..... (tel. kontaktowy).....

.....
(podpis petenta, przedstawiciela ustawowego lub faktycznego)