

Nr sprawy .....

Data przyjęcia .....

## W N I O S E K

OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI  
OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH  
zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

### D A N E D O T Y C Z A C E W N I O S K O D A W C Y

Nazwisko i imię Wnioskodawcy .....

Data urodzenia .....

Numer PESEL.....

Nazwisko i imię opiekuna prawnego w przypadku dzieci:

.....

Dowód osobisty: seria ..... numer .....

wydany przez ..... dnia .....

Nr PESEL.....

### A D R E S W N I O S K O D A W C Y

Ulica / nr domu .....

Kod i miejscowość .....

Telefon .....

Numer identyfikacji podatkowej (NIP) .....

Nazwa banku i numer rachunku .....

### A D R E S O P I E K U N A P R A W N E G O

Ulica / nr domu .....

Kod i miejscowość .....

Telefon .....

### I. S T O P I E Ń N I E P E Ł N O S P R A W N O Ś C I (ważność orzeczenia)

Znaczny (Gr. I)	
Umiarkowany (Gr. II)	
Lekki (Gr. III)	

### II. R O D Z A J N I E P E Ł N O S P R A W N O Ś C I (wymienić schorzenie)

.....

.....

**III. RODZAJ (NAZWA) SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO**

.....

**IV. MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA I CEL DOFINANSOWANIA**

.....

.....

.....

**V. PRZEWIDYWANY KOSZT REALIZACJI ZADANIA**

.....

**VI. WYSOKOŚĆ KWOTY WNIOSKOWANEGO DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON**

.....

**VII. INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON**

Nr i data umowy	Kwota	Data przyznania dofinansowania	Cel	Stan rozliczenia

w tym na rzecz:

.....

.....

**Załączniki:**

1. kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności a w przypadku dziecka kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności lub ksero dokumentu stwierdzającego przyznanie zasiłku pielęgnacyjnego,
2. oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym,
3. aktualne zaświadczenie lekarskie uzasadniające dofinansowanie.

.....

podpis Wnioskodawcy

Nazwisko i imię .....

Adres zamieszkania .....

Upředzony o odpowiedzialności za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.

## O Ś W I A D C Z E N I E

*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, wynosił:*

.....

*Liczba osób* pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym .....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku dla celów realizacji programu dofinansowania zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny zgodnie z art. 13 ust 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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.

.....  
podpis Wnioskodawcy

---

## DECYZJA PCPR

Po rozpatrzeniu wniosku wysokość dofinansowania ze środków PFRON wynosi ..... zł

( słownie: ..... zł)

.....  
data ( dzień, miesiąc, rok )

.....  
pieczęć i podpis Kierownika PCPR