

**WNIOSEK**  
**o przyznanie dofinansowania ze środków PFRON zakupu**  
**sprzętu rehabilitacyjnego**

**1. Informacje o Wnioskodawcy:**

<b>DANE PERSONALNE</b>		
Imię..... Nazwisko.....		
Data urodzenia.....-.....-.....r. Dowód osobisty seria.....nr.....		
PESEL	NIP	- - -
tel. ....		
<b>ADRES ZAMELDOWANIA</b>		
(pobyt stały)		
Kod pocztowy -		
Miejscowość.....Ulica.....		
Nr domu.....Nr mieszkania.....		
<b>DANE PEŁNOMOCNIKA</b>		
Imię..... Nazwisko.....		
Data urodzenia.....-.....-.....r. Dowód osobisty seria.....numer.....		
PESEL	NIP	- - - - -
□□□□□□□□□□□□	□□□-□□□-□□-□□	

**2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON**

Przedmiot dofinansowania	Numer i data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania

### 3. Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania

..... .....
----------------

### 4. Informacje uzupełniające

Posiadany sprzęt rehabilitacyjny..... ..... .....
---

### 5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Łączny koszt zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.....zł
Kwota wnioskowana.....zł
słownie.....zł

\_\_\_\_\_  
Podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej

Załączniki:

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub równoważne( *oryginał do wglądu* ).
2. Oferta handlowa z wyszczególnieniem ceny zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.

**Uwaga:** Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed zawarciem umowy !

# OŚWIADCZENIE

## Wnioskodawcy o dochodach w gospodarstwie domowym

Ja niżej podpisany(na).....

zamieszkały (a) .....

niniejszym oświadczam, że przeciętny 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 w gospodarstwie domowym wynosi .....

**Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późniejszymi zmianami).

....., data.....-.....  
(miejscowość)

.....  
(podpis Wnioskodawcy)

## OŚWIADCZENIE

Wnioskodawcy **o posiadaniu środków finansowych na wkład własny**

**Dla Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Słupsku**

*W celu realizacji art. 9 ust. 2 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz o zatrudnianiu osób niepełnosprawnych ( Dz. U. Nr 123, poz. 766 z późn. zm. )*

Ja niżej podpisany(na)

.....  
( imię i nazwisko )

zamieszkały(a) .....

( adres )

**Posiadam środki finansowe na wkład własny w wysokości co najmniej 40% wartości urzędnika, które zostanie zakupione przy udziale środków PFRON po podpisaniu umowy.**

.....  
( miejscowość, data )

.....  
( podpis wnioskodawcy )

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

**Zaświadczenie lekarskie**  
Wydane dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Słupsku

Imię i nazwisko pacjenta.....

Pesel : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data urodzenia.....

1. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną niepełnosprawności:

.....

.....

.....

.....

.....

2. Rodzaj urządzenia potrzebnego osobie niepełnosprawnej w celu rehabilitacji:

.....

.....

.....

.....  
miejsowość, data

.....  
pieczętka i podpis lekarza