

.....  
(pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek)

.....  
data wpływu kompletnego wniosku  
(dzień, miesiąc, rok)

## WNIOSEK

### o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny.

#### A. Dane dotyczące Wnioskodawcy (proszę wypełnić drukowanymi literami):

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

seria ..... nr ..... wydany w dniu ..... przez .....  
dowód osobisty

nr PESEL ..... miejscowość .....

ulica ..... nr domu ..... nr lokalu .....  
dokładny adres zamieszkania

nr kodu ..... poczta ..... powiat .....

województwo ..... nr tel./faksu (z nr kier.) .....

#### B. Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), Opiekun, Kurator lub Pełnomocnik

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

seria ..... nr ..... wydany w dniu ..... przez .....  
dowód osobisty

nr PESEL ..... miejscowość .....

ulica ..... nr domu ..... nr lokalu .....

nr kodu ..... poczta ..... powiat .....

województwo ..... nr tel./fax. (z nr kier.) .....

prawdziwość powyższych danych sprawdził(a):.....



## D. Informacje o Wnioskodawcy

### Informacja o posiadanym rachunku bankowym (o ile dotyczy)

Imię i nazwisko właściciela/właścicieli rachunku bankowego .....
Nazwa banku.....
Numer rachunku bankowego □□-□□□□-□□□□-□□□□-□□□□-□□□□-□□□□

### Informacja o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą

Oświadczam, że we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą pozostają następujące osoby:

		Średni miesięczny dochód netto
1.	Wnioskodawca: .....	
	Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy (należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą)	x
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
	RAZEM	

Oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód rodziny**, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, **obliczony za kwartał** poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi:..... zł, (słownie:.....),  
co w przeliczeniu na 1 członka rodziny wynosi: ..... zł, (słownie: .....

Liczba członków rodziny - .....

**Informacja o korzystaniu ze środków finansowych PFRON**

Informuję, że dotychczas:  nie korzystałem/am  korzystałem/am  
ze środków PFRON.

Cel (program lub zadanie, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Data przyznania dofinansowania	Numer i data zawartej umowy	Kwota przyznana	Stan rozliczenia a)rozliczona b)w trakcie rozliczenia c)nierozliczona

**Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1, ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U. z 2017 r., poz. 2204) 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.**

**OŚWIADCZENIE**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922).

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(czytelny podpis Wnioskodawcy/ Przedstawiciela ustawowego/  
Opiekuna/ Kuratora/ Pełnomocnika)

**Załączniki do wniosku:**

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 2046 z późn. zm.) – oryginał do wglądu.
2. Faktura Pro Forma.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza specjalistę, jednoznacznie wskazujące o potrzebie zakupu wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego.
4. Oświadczenie o wysokości dochodów Wnioskodawcy i osób zamieszkujących wspólnie z Wnioskodawcą.
5. Kopia postanowienia Sądu Rejonowego w przypadku, kiedy wniosek składa opiekun – oryginał do wglądu
6. Dowód osobisty – do wglądu.