

/pieczęćka Wnioskodawcy/
--------------------------

Numer sprawy:  
/Wypełnia PCPR/

--	--	--

Wniosek kompletny przyjęto w PCPR w Bytowie

W dniu ..... nr .....

## W N I O S E K

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych sprzętu rehabilitacyjnego.**

**Informacje o Wnioskodawcy**

**Nazwa i adres Wnioskodawcy:**

IMIE I NAZWISKO;					
Miejscowość	Kod pocztowy	Ulica	Nr	Powiat	Województwo
NIP		Seria DD		PESEL	
Nr tel: kierunkowy:.....tel.: .....			Nr faxu: .....		

**Dochody wnioskodawcy:**

**OŚWIADCZENIE**

Niniejszym oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek, wynosił ..... zł.  
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi .....

**Informacje o przedmiocie wniosku**

**PRZEDMIOT I CEL DOFINANSOWANIA:**

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON:			Tak: <input type="checkbox"/>	Nie: <input type="checkbox"/>
Nr i data zawarcia umowy	Kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia

Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków Funduszu (60%) wartości przedmiotu :  
 .....zł  
 (słownie:.....)

Wyrażam zgodę na gromadzenie danych dotyczących mojej osoby, utrwalenia oraz ich przetwarzanie zgodnie z celem określonym w złożonym wniosku. Podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.

.....

Podpis Wnioskodawcy, data

**Wymagane załączniki:**

- kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (oryginał do wglądu) lub zaświadczenie o pobieraniu zasiłku pielęgnacyjnego wystawione przez płatnika,
- faktura za zakup sprzętu rehabilitacyjnego wystawiona na osobę niepełnosprawną, a w przypadku dziecka niepełnosprawnego na jego rodzica lub prawnego opiekuna (**po podpisaniu umowy**)
- zaświadczenia o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu członków rodziny obliczonego za 3 miesiące poprzedzające miesiąc złożenia wniosku,
- zaświadczenie wydane przez lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej, o konieczności zastosowania sprzętu rehabilitacyjnego.
- kserokopie dowodu osobistego Wnioskodawcy i opiekuna/pełnomocnika,
- w przypadku ustanowienia Pełnomocnika, dokument notarialny stwierdzający pomocnictwo.

**Przedstawiciel ustawy (dla małoletniego Wnioskodawcy) rodzic, opiekun prawny lub pełnomocnik**

IMIE I NAZWISKO:						
Miejscowość		Kod pocztowy	Ulica	Nr	Powiat	Województwo
NIP		Seria D.O.			PESEL	
Nr tel: kierunkowy:.....tel.: .....				Nr faxu: .....		