

**POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W MIKOŁOWIE Z SIEDZIBĄ
W ŁAZISKACH GÓRNYCH UL. CHOPINA 8**

Nr wniosku.....

Data wpływu.....

WNIOSEK
o dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego
dla osoby niepełnosprawnej.

A)

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY	ADRES ZAMIESZKANIA WNIOSK.
Imię.....	Miejscowość.....
Nazwisko.....	Ulica.....
Data urodzenia.....	Nr domu..... Nr m
PESEL.....	Poczta.....Kod
Jestem Kombatantem (współmałżonkiem kombatanta) TAK NIE	Telefon.....

B)**

DANE PERSONALNE OPIEKUNA DZIECKA	ADRES ZAMIESZKANIA OPIEKUNA DZIECKA
Imię.....	Miejscowość.....
Nazwisko.....	Ulica.....
Data urodzenia.....	Nr domu..... Nr m
PESEL.....	Poczta.....Kod
	Telefon.....

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (*)

Znaczny stopień niepełnosprawności	
Umiarkowany stopień niepełnosprawności	
Lekki stopień niepełnosprawności	

Całkowita niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji	
Całkowita niezdolność do pracy	
Częściowa niezdolność do pracy	

I grupa inwalidzka	
II grupa inwalidzka	
III grupa inwalidzka	

Orzeczenie o niepełnosprawności	
---------------------------------	--

**UWAGA! ZŁOŻENIE WNIOSKU NIE JEST RÓWNOZNACZNE
Z OTRZYMANIEM DOFINANSOWANIA**

*) wpisać X przy właściwej pozycji

**) wypełnić tylko wtedy, gdy wniosek składa rodzic lub opiekun prawny niepełnosprawnego dziecka

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Lp.	Imię i Nazwisko osób zamieszkujących we wspólnym gospodarstwie domowym	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Przeciętny dochód miesięczny
		WNIOSKODAWCA	
		RAZEM	

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że przeciętny średni miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych, pomniejszony o obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, oraz kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, **podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc**, w którym składany jest wniosek : **wynosił.....zł**

PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA

Wnoszę o dofinansowanie niżej wymienionego sprzętu rehabilitacyjnego:

LP	NAZWA	ILOŚĆ SZTUK	CENA JEDNOST.	WARTOŚĆ OGÓŁEM	DO WERYFIKACJI (WYPEŁNIA PCPR)
RAZEM:					

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

Oświadczam, że **wyrażam zgodę** na przetwarzanie moich danych osobowych, administratorem danych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Mikołowie z siedzibą w Łaziskach Górnych ul. Chopina 8, 43-170 Łaziska Górne tel. 32 2244498 e-mail pcpr.mikolow@poczta.fm

....., data.....
(miejscowość)

.....
(podpis wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE PCPR

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Mikołowie z siedzibą w Łaziskach Górnych oświadcza, iż po rozpatrzeniu wniosku przyznaje/ nie przyznaje dofinansowanie/a do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego ze środków PERON w kwocie.....zł (słownie:..... ..zł)

.....
(Data)

.....
Pieczęć i podpis Dyrektora PCPR

Do wniosku należy dołączyć:

1. *Orzeczenie o niepełnosprawności.*
2. *Zaświadczenie lekarskie potwierdzające konieczność zakupu sprzętu rehabilitacyjnego – druk w załączeniu*
3. *Oferty cenowe na wnioskowany sprzęt.*

UWAGA

Sprzęt zakupiony przed podpisaniem umowy z Powiatowym Centrum nie podlega dofinansowaniu.

Data.....

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

ZASWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko.....PESEL.....

Adres.....

Rodzaj

schorzenia.....

Sprzęt niezbędny w rehabilitacji.....

Czy zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu? **Tak / Nie**

Czy obsługa w/w sprzętu wymaga posiadania odpowiednich kwalifikacji? **Tak / Nie**

Jeżeli tak to

jakich?.....

Możliwość korzystania z wnioskowanego sprzętu w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.....

Przewidywane efekty rehabilitacji, wpływ na poprawę sprawności osoby niepełnosprawnej i jakości jej funkcjonowania:

.....
.....

.....

Miejscowość

.....

Podpis i pieczęć lekarza