



**PAŃSTWOWY FUNDUSZ REHABILITACJI OSÓB
NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

Wniosek złożono w Oddziale PFRON

w..... w dniu

Nr sprawy:

Wypełnia PFRON

WNIOSEK „D”

o dofinansowanie kosztów utrzymania sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego
o napędzie elektrycznym w ramach programu pn. „Pegaz 2003” **obszar D**

Informacje o programie: www.pfron.org.pl

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Imię....., Nazwisko..... Data urodzeniar.

Dowód osobisty seria numer wydany przez

w dniur. PESEL:

Płeć: kobieta mężczyzna; Stan cywilny: wolna/y zamężna/zonaty

DANE PERSONALNE DZIECKA / PODOPIECZNEGO, będącego osobą niepełnosprawną - **o ile dotyczy**

Imię, Nazwisko

Data urodzenia:.....r. PESEL:

Płeć: kobieta mężczyzna; Pełnoletni: tak nie

ADRES ZAMELDOWANIA (pobyt stały)

Kod pocztowy -

Miejscowość

Ulica

Nr domu Nr m.

Powiat

Województwo

miasto do 5 tys. mieszkańców, wieś, inne miasto

ADRES DO KORESPONDENCJI

(należy wpisać, gdy jest inny niż zameldowania)

Kod pocztowy -

Miejscowość

Ulica

Nr domu Nr m.

Powiat

Województwo

Kontakt telefoniczny: nr kier.nr telefonue'mail:

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,

na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku*

numer rachunku bankowego

nazwa banku

* - dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY lub DZIECKA/PODOPIECZNEGO

- całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji znaczny stopień I grupa inwalidzka
- całkowita niezdolność do pracy umiarkowany stopień II grupa inwalidzka
- częściowa niezdolność do pracy lekki stopień III grupa inwalidzka
- ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (wydawane do 16 roku życia)

Orzeczenie jest ważne: okresowo do bezterminowo

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY lub DZIECKA/PODOPIECZNEGO

- dysfunkcja jednej lub obu kończyn dolnych z jednoczesną dysfunkcją jednej lub obu kończyn górnych
- inny rodzaj niepełnosprawności

Występuje brak możliwości poruszania się na wózku inwalidzkim o napędzie ręcznym: TAK NIE

Czy Wnioskodawca uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym?

NIE TAK - w ramach (np. programu) w roku

Informacje o korzystaniu ze środków PFRON na pokrycie kosztów utrzymania sprawności technicznej wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (w ciągu ostatnich 5 lat), w tym poprzez samorząd powiatowy:

nazwa programu lub nazwa zadania ustawowego, w ramach którego przyznana została pomoc	Numer i data zawarcia umowy	Kwota wykorzystana	Kwota rozliczona
.....
.....
.....
.....
Razem uzyskane dofinansowanie:			

Posiadam/ nie posiadam* wymagalne zobowiązania wobec Funduszu. Jeśli tak, podać rodzaj i wysokość wymagalnego

zobowiązania

*-niepotrzebne skreślić

Uzasadnienie składanego wniosku (w tym projekt działań mających na celu aktywizację zawodową lub/i społeczną, która zostanie zrealizowana dzięki udzielonej pomocy oraz uzasadnienie potrzeby dofinansowania)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

Specyfikacja przedmiotu dofinansowania dot. pomocy w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym – należy uzupełnić zgodnie z wyborem	ORIENTACYJNA CENA (kwota w zł)	WYPEŁNIAJĄ PEŁNOMOCNICZY (kwota w zł)
Zakup części zamiennych, jakich:		
Zakup akumulatora		
Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego:		
Koszty naprawy/remontu		
Koszty przeglądu technicznego		
Koszty konserwacji/renowacji		
RAZEM		

Wnioskowana kwota dofinansowania zł.
(słownie).

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać "nie dotyczy". W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ..”, czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

Załączniki wymagane do wniosku	Dołączono do wniosku zaznaczyć właściwe	Uzupełniono zaznaczyć właściwe	Data uzupełnienia
	<i>wypełnia PFRON</i>		
1. kserokopia ważnego orzeczenia o niepełnosprawności dziecka/podopiecznego lub o stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów brutto w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym – za rok poprzedzający rok, w którym złożono wniosek, wzór oświadczenia stanowi załącznik nr 1 do formularza wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. kserokopia aktu urodzenia dziecka (dotyczy Wnioskodawców – rodziców)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym (dotyczy Wnioskodawców - opiekunów prawnych)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Oświadczam, że:

1. podane informacje są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
2. przyjmuję do wiadomości, iż warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie - w dniu podpisania umowy,
3. wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych, w bazie danych PFRON dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji programów, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.97 r. o ochronie danych osobowych (t. j.: Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

* *niepotrzebne skreślić*

..... dnia /..... /200 ... r.
podpis Wnioskodawcy

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE³

wydane dla potrzeb PFRON – program „PEGAZ 2003”⁴
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko

pacjenta

Data urodzenia

1. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

Ze względu na dysfunkcję narządu ruchu, Pacjent nie może poruszać się na wózku inwalidzkim o napędzie ręcznym (o ile dotyczy)	pieczętka i podpis lekarza
--	----------------------------

Niepełnosprawność pacjenta dotyczy: (proszę zakreślić tylko jedno, właściwe pole)

<input type="checkbox"/>	jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych lub jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	inne schorzenia	pieczętka i podpis lekarza

Załącznik nr 1 do wniosku o dofinansowanie „P”, „O” i „D” w ramach programu pn. „Pegaz 2003”

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

³ Zaświadczenie powinno być wystawione przez lekarza specjalistę, prowadzącego pacjenta

⁴ W ramach programu „Pegaz 2003” możliwe jest udzielenie pomocy ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym osobom niepełnosprawnym, u których dysfunkcja jednej lub obu kończyn dolnych z jednoczesną dysfunkcją jednej lub obu kończyn górnych, uniemożliwia poruszanie się na wózku inwalidzkim o napędzie ręcznym

Ja niżej

podpisany(a)

zamieszkały(a)

(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

.....

....

(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

niniejszym oświadczam, iż razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby (zgodnie z przypisem nr 1):

L.p	Imię	Nazwisko	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Wiek	Czy pobiera naukę (tak/nie)	Średni miesięczny dochód brutto*
Dane dotyczące Wnioskodawcy:						
1.						
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego:						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
					Razem:	

* średni miesięczny dochód brutto w roku kalendarzowym poprzedzającym rok, w którym złożono wniosek o dofinansowanie w ramach programu „Pegaz 2003” (w przypadku każdej z osób należy: łączny dochód brutto uzyskany przez tę osobę w danym roku kalendarzowym podzielić przez 12).

Oświadczam, także że:

- 1) w roku kalendarzowym poprzedzającym rok, w którym złożyłem(am) wniosek o dofinansowanie w ramach programu „Pegaz 2003”, średni miesięczny dochód brutto przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wyniósłzł. (słownie

- 2) **świadczeń pomocy materialnej dla uczniów, studentów, uczestników studiów doktoranckich i osób uczestniczących w innych formach kształcenia, pochodzących z budżetu państwa, budżetów jednostek samorządu terytorialnego oraz ze środków własnych szkół i uczelni – przyznanych na podstawie przepisów o systemie oświaty, Prawo o szkolnictwie wyższym, a także przepisów o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki.**

Szczegółowe zasady ustalania dochodu stanowiącego podstawę obliczenia podatku dochodowego od osób fizycznych określone zostały w art. 26 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2000 r. Nr 14, poz. 176, z późn. zm.). Zgodnie z tym artykułem podstawę obliczenia podatku stanowi dochód po odliczeniu między innymi składek na ubezpieczenie społeczne.

Uwaga! Wnioskodawca zobowiązany jest na żądanie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych dostarczyć dowody potwierdzające wysokość uzyskiwanych dochodów we wspólnym gospodarstwie domowym (np. kserokopia PIT-u złożonego w US).

Wnioskodawca, który prowadzi własne gospodarstwo domowe i posiada własne stałe dochody, składa niniejsze oświadczenie wyliczone na podstawie własnych dochodów. Za własne gospodarstwo domowe uważa się sytuację, gdy Wnioskodawca mieszka samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu.

Jeżeli wykazany średni miesięczny dochód brutto na osobę w gospodarstwie domowym uprawnia do ubiegania się o dofinansowanie na podstawie ustawy o pomocy społecznej, PFRON ma prawo żądać poświadczenia sytuacji materialnej rodziny z właściwego terenowego Ośrodka Pomocy Społecznej.

Przypis nr 2 – sposób wyliczenia średniego miesięcznego dochodu brutto przypadającego na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą:

średni miesięczny dochód brutto przypadający na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą

$$= \frac{\text{łączny średni miesięczny dochód brutto wykazany w wierszu „Razem” w tabeli na stronie 1 niniejszego Oświadczenia}}{\text{liczba osób w gospodarstwie domowym wykazana w tabeli na stronie 1 niniejszego Oświadczenia}}$$