………………….............................. …………..

data wpływu kompletnego wniosku (dzień, miesiąc, rok)

.....................................................

pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

 *…………………………..*

nr kolejny wniosku

***Powiatowe Centrum***

 ***Pomocy Rodzinie***

 ***ul. Pocztowa 7***

 ***89 – 500 Tuchola***

**WNIOSEK**

O dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

....................................................................................................................................................................

*(podać jakich)*

**Wnioskodawca**

....................................................................................................................................................................

*(imię i nazwisko)*

....................................................................................................................................................................

*(seria i numer dowodu) PESEL*

....................................................................................................................................................................

*(ulica) (nr domu) (nr lokalu) ( kod pocztowy) (miejscowość)*

................................................

*(nr telefonu stacjonarnego/komórkowego)*

.......................................................................

 *(podpis wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego)*

**Dane dziecka**

***Wypełnić w przypadku, gdy wniosek dotyczy dziecka***

............................................................................. ...........................................................

 *( imię i nazwisko) (data urodzenia)*

.............................................................................

 *PESEL*

............................................................

 *( podpis wnioskodawcy /przedstawiciela ustawowego dziecka)*

***Załączniki:***

1. ***kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności wnioskodawcy lub orzeczenia innych organów (oryginał do wglądu)***
2. ***oświadczenie o dochodach wnioskodawc y/przedstawiciela ustawowego***
3. ***oświadczenie o nr konta bankowego wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego***
4. ***oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego***
5. ***zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wnioskodawcy (załącznik nr 1 do wniosku)***

**OŚWIADCZENIE**

Niniejszym oświadczam, że **miesięczny dochód**, w rozumieniu przepisów (Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON), podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony **za kwartał poprzedzający miesiąc** złożenia wniosku wynosił ……………………..….zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi ………………………………………..

Świadomy/a/ odpowiedzialności karnej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U. Nr88, poz. 553, z pózn. zm.) za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się niezwłocznie poinformować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Tucholi.

.................................................................................................................

***(data, podpis osoby składającej oświadczenie tj. wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego)***

**OŚWIADCZENIE**

Wyrażam zgodę na przekazanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na niżej podany numer konta bankowego.

|  |
| --- |
| Nazwa banku obsługującego Wnioskodawcę: |
| Nazwa właściciela/li nr rachunku bankowego: |
| Numer rachunku bankowego: |

................................................ .....................................................................................

 (*data, miejscowość*) *(czytelny podpis wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego)*

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻANIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Nazwisko i imię………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania………………………………………………………………………………….

Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych

(Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) informujemy, że:

* Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane dla celów związanych z udzieleniem Panu/Pani poradnictwa specjalistycznego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
w Tucholi, ul. Pocztowa 7, 89-500 Tuchola.
* Podanie danych osobowych jest dobrowolne, a ich prawdziwość i aktualność ma wpływ
na merytoryczność porady uzyskanej w ramach udzielonego wsparcia.
* Ma Pan/Pani prawo wglądu do treści swoich danych osobowych oraz prawo do ich poprawiania.
* Podanie danych osobowych jest dobrowolne. Odmowa podania danych osobowych jest równoznaczna z brakiem możliwości uzyskania dofinansowania w ramach PFRON.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie moich danych osobowych na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) dla celów związanych z udzielaniem dofinansowania w ramach PFRON prowadzonego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Tucholi.

………………………………………… ………….……………………………..

 Podpis pracownika Data i podpis składającego

 przyjmującego oświadczenie oświadczenie

*Załącznik 1 do formularza wniosku- dotyczy Formularzy wniosków*

 *o dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny*

...................................................................... ....................................................., data ......................................

Stempel zakładu opieki zdrowotnej

 lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

Wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Tucholi

*(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)*

Imię i nazwisko pacjenta......................................................................................................................................

Data urodzenia.....................................................................................................................................................

Adres....................................................................................................................................................................

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej............................................................................................................

..................................................................................................................................................................

1. Opis rodzaju schorzenia ..........................................................................................................................

.................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................

1. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące................................................

....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. Używane zaopatrzenie ortopedyczne, ewentualne potrzeby w tym zakresie...........................................

..................................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................................

1. Wskazania do rehabilitacji (wymienić na jakim sprzęcie).......................................................................

..................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................

1. Czy zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu?

 Tak

 Nie

 ................................................................

 pieczątka i podpis lekarza

 wystawiającego zaświadczenie