

**ZASADY DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB
NIEPEŁNOSPRAWNYCH DO ZAOPATRZENIA W SPRZĘT REHABILITACYJNY, PRZEDMIOTY
ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE PRYZNAWANE OSOBOM NIEPEŁNOSPRAWNYM NA
PODSTAWIE ODRĘBNYCH PRZEPISÓW**

§ 1

Ilekroć w niniejszym dokumencie jest mowa o:

- 1) Funduszu – oznacza to Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
- 2) Osobie niepełnosprawnej – oznacza to osobę posiadającą orzeczenie o zakwalifikowaniu do jednego z trzech stopni niepełnosprawności, orzeczenie o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy oraz orzeczenie o niepełnosprawności, wydane przed ukończeniem 16 roku życia.
- 3) Rozporządzeniu – oznacza to oznacza to Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015 r., poz. 926), oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2013 roku w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, (Dz. U. z dnia 17 grudnia 2013r., poz.1565).
- 4) Przedmioty ortopedyczne - oznacza to przyrządy ortopedyczne niezbędne osobie niepełnosprawnej w okresie choroby lub usprawnienia leczniczego.
- 5) Środki pomocnicze – oznacza to takie środki, które ułatwiają w znacznym stopniu, bądź umożliwią funkcjonowanie osoby niepełnosprawnej w środowisku społecznym.
- 6) Sprzęt rehabilitacyjny – oznacza to niezbędny sprzęt do prowadzenia zajęć rehabilitacyjnych w warunkach domowych mających za zadanie osiągnięcie przy aktywnym uczestnictwie osoby niepełnosprawnej możliwie najwyższego poziomu jej funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej.
- 7) Przeciętnym wynagrodzeniu – oznacza to przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce narodowej w poprzednim kwartale od pierwszego dnia miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w formie komunikatu w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 887).
- 8) Centrum – oznacza to Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Siemiatyczach.
- 9) NFZ – oznacza to Narodowy Fundusz Zdrowia.

§ 2

O dofinansowanie ze środków Funduszu do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze mogą ubiegać się.

1. osoby niepełnosprawne stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności, jeżeli:
 - 1) przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielonych przez liczę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, nie przekracza kwoty:
 - 50% przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w § 1 pkt 7, na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym,
 - 65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnie gospodarującej,
 - 2) zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu;

§ 3

1. Wysokość dofinansowania, o którym mowa w rozporządzeniu, do zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze z wyjątkiem przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych comiesięcznego zaopatrzenia, wynosi:
 - 1) do 100% udziału własnego osoby niepełnosprawnej w limicie ceny ustalonym na podstawie odrębnych przepisów, jeżeli taki udział jest wymagany,
 - 2) do 150% sumy kwoty limitu, o którym mowa w pkt 1, wyznaczonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz wymaganego udziału własnego osoby niepełnosprawnej w zakupie tych przedmiotów i środków, jeżeli cena zakupu jest wyższa niż ustalony limit,

lecz nie więcej niż 80% kwoty refundacji NFZ.

Przykład: Limit cenowy do zakupu aparatu słuchowego dla osoby dorosłej wynosi 1.000 zł. Refundacja NFZ stanowi 70% kwoty limitu co daje 700 zł. Czyli kwota refundacji NFZ $700\text{zł} \times 80\% = 560\text{ zł}$ – przykładowa kwota dofinansowania z środków PFRON

2. Wysokość dofinansowania, o którym mowa w rozporządzeniu, do zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze comiesięcznego zaopatrzenia, wynosi:
 - 1) do 100% udziału własnego osoby niepełnosprawnej w limicie ceny ustalonym na podstawie odrębnych przepisów, jeżeli taki udział jest wymagany,
 - 2) do 150% sumy kwoty limitu, o którym mowa w pkt 1, wyznaczonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz wymaganego udziału własnego osoby niepełnosprawnej w zakupie tych przedmiotów i środków, jeżeli cena zakupu jest wyższa niż ustalony limit,

lecz nie więcej niż wymagany udział własny osoby niepełnosprawnej w limicie ceny, ustalony na podstawie odrębnych przepisów.

Przykład: Limit cenowy do zakupu 60 sztuk na miesiąc pieluchomajtek dla osoby dorosłej wynosi 90zł. Refundacja NFZ stanowi 70% kwoty limitu co daje 63 zł refundacji NFZ, a udział własny w limicie ceny wynosi 27 zł.

W przypadku gdy refundacja NFZ do zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze comiesięcznego zaopatrzenia, wynosi 100% nie przysługuje dofinansowanie ze środków Funduszu.

3. Dla osób uprawnionych do korzystania ze świadczeń na podstawie Ustawy z dnia 4 listopada 2016 roku o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz.U. z 2016 r. poz. 1860) dofinansowanie może wynosić do 100% udziału własnego osoby niepełnosprawnej w limicie ceny ustalonym na podstawie odrębnych przepisów, jeżeli taki udział jest wymagany lub do 150% sumy kwoty limitu, o którym mowa w lit. a, wyznaczonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz wymaganego udziału własnego osoby niepełnosprawnej.
4. W uzasadnionych przypadkach, gdy zakup przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego ma duże znaczenie w procesie edukacji i/lub rehabilitacji zawodowej osoby niepełnosprawnej, oraz jest niezbędne przy wykonywaniu pracy zarobkowej, dofinansowanie może wynosić do 100% udziału własnego osoby niepełnosprawnej w limicie ceny ustalonym na podstawie odrębnych przepisów, jeżeli taki udział jest wymagany lub do 150% sumy kwoty limitu, o którym mowa w lit. a, wyznaczonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz wymaganego udziału własnego osoby niepełnosprawnej.
5. Warunkiem przyznania dofinansowania w pełnej wysokości, o którym jest mowa w ust. 4 jest dołączenie do wniosku oprócz wymaganych załączników, podania uzasadniającego potrzebę zakupu wybranego przedmiotu ortopedycznego bądź środka pomocniczego oraz zaświadczenie potwierdzającego proces kształcenia bądź: zatrudnienie, prowadzenie działalności gospodarczej, prowadzenie gospodarstwa rolnego, gotowość do podjęcia zatrudnienia – zaświadczenie lub decyzję z urzędu pracy potwierdzającą statut osoby bezrobotnej lub poszukującej pracy.

§ 4

1. Wysokość dofinansowania do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, może wynieść do 80% kosztów tego sprzętu, jednak nie więcej jednak niż do wysokości pięciokrotnego przeciętnego wynagrodzenia,

przy czym wysokość przyznanego jednej osobie niepełnosprawnej dofinansowania na ten cel nie może przekroczyć kwoty 4.000 zł w danym roku kalendarzowym.

2. Ustala się katalog sprzętu rehabilitacyjnego, który może być dofinansowany ze środków Funduszu, dla osób niepełnosprawnych stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności:

- 1) wanna z hydromasażem,
- 2) sprzęt do kąpieli perełkowych i ozonoterapii (Balsan Futura),
- 3) łóżko ortopedyczne – z wyposażeniem do rehabilitacji,
- 4) przyłóżkowe urządzenie rehabilitacyjne,
- 5) osprzęt do PUR,
- 6) wanienka do masażu stóp,
- 7) rower rehabilitacyjny – stacjonarny,
- 8) rower trójkołowy – dla osób z zachwianiem poczucia równowagi,
- 9) rotor do ćwiczeń kończyn dolnych,
- 10) rotor do ćwiczeń kończyn górnych,
- 11) orbitrek,
- 12) stepper,

- 13) piłka rehabilitacyjna,
 - 14) materac do ćwiczeń,
 - 15) drabinki,
 - 16) lampa antydepresyjna (Foto-Vita),
 - 17) lampa Sollux domowa,
 - 18) lampa emitująca światło spolaryzowane (Biopton compact),
 - 19) tablica do ćwiczeń manualnych z oporem,
 - 20) tablica do ćwiczeń manualnych bez oporu,
 - 21) urządzenie do ćwiczeń czynnych stawu skokowo-goleniowego (krzyżak),
 - 22) urządzenie do przezskórnej stymulacji nerwów i mięśni (TENS).
3. Katalog sprzętu rehabilitacyjnego jest katalogiem otwartym tzn. może być uzupełniany o dodatkowe sprzęty rehabilitacyjne wprowadzane do użytku.
 4. W uzasadnionych przypadkach dofinansowaniem może być objęty zakup sprzętu rehabilitacyjnego nieujętego w powyższym katalogu.
 5. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów zakup sprzętu rehabilitacyjnego poniesionych przed zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.
 6. Dofinansowanie nie może obejmować zakupu tego samego sprzętu rehabilitacyjnego, który był przedmiotem umowy w przeciągu 3 lat przed złożeniem wniosku.
 7. Podstawą dofinansowania zakupu sprzętu rehabilitacyjnego ze środków Funduszu stanowi umowa zawarta przez Starostę z osobą niepełnosprawną lub jej przedstawicielem ustawowym zgodnie z zasadami określonymi w § 14 ust 1 Rozporządzenia.
 8. Środki Funduszu przekazywane są zgodnie z warunkami określonymi w umowie.
 9. Okres realizacji umowy, o której mowa w ust. 7 nie może przekroczyć roku budżetowego, w którym przewidziano środki na powyższe dofinansowanie.
 10. Okres kontroli w zakresie prawidłowości realizacji umów na dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego ustala się na trzy lata od dnia zawarcia umowy o dofinansowanie.

§ 5

6. Wzory wniosków o dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny i o dofinansowanie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, stanowią integralną część zasad.
7. Wniosek o dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny zawiera zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia, które winno być wystawione przez lekarza specjalistę zalecającego sprzęt rehabilitacyjny stosowny do potrzeb wynikających z niepełnosprawności.
8. Rozpatrzenie i realizacja wniosków następuje w przeciągu 30 dni od dnia zatwierdzenia uchwałą Rady Powiatu Siemiatyckiego planu finansowego na realizację zadań z zakresu rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych ze środków Funduszu, według ustalonych zasad. Śmierć wnioskodawcy lub podanie przez niego nieprawdy eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania.
9. Wnioski o dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze rozpatrywane są wg kolejności ich złożenia w ramach środków określonych na realizację tego zadania.

10. Wnioskodawcom, którym nie zostało przyznane dofinansowanie, z powodu niewystarczającej wysokości środków Funduszu przeznaczonych na dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze w roku rozpatrywania wniosku, mogą ponownie ubiegać się o dofinansowanie w roku następnym, składając ponownie wniosek.

Nr sprawy:

wypełnia PCPR

W N I O S E K

o dofinansowanie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne
i środki pomocnicze przyznawane osobom
niepełnosprawnym na podstawie odrębnych przepisów ze
środków PFRON

pieczęć wpływu wniosku

CZĘŚĆ A: DANE I INFORMACJE O WNIOSKODAWCY

DANE OSOBOWE WNIOSKODAWCY

1. Nazwisko	2. Imię	3. Numer PESEL
4. Seria i numer dowodu osobistego	5. Data urodzenia	6. Nr telefonu
7. Adres zamieszkania		
8. Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)		

DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA (dotyczy osób do 18 roku życia, sądownie ubezwłasnowolnionych lub posiadających pełnomocnictwo potwierdzone przez notariusza)

9. Osoba reprezentująca wnioskodawcę*		
Rodzic <input type="checkbox"/> Opiekun prawny <input type="checkbox"/> Pełnomocnik <input type="checkbox"/> Inna <input type="checkbox"/>		
10. Nazwisko	11. Imię	12. Numer PESEL
13. Seria i numer dowodu osobistego	14. Organ wydający dowód osobisty	15. Data wydania dowodu osobistego
16. Adres zamieszkania		
Nr telefonu:		
17. Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)		
18. Ustanowiona/y opiekunem / pełnomocnikiem*		
<input type="checkbox"/> Postanowieniem Sądu w z dnia sygn. akt		
<input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa z dnia potwierdzonego przez repert. NR		

I. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB JEGO ODPWIEDNIK (wstawić X w odpowiednim miejscu)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
znaczny	umiarkowany	lekki	osoby niepełnosprawne do lat 16

II. OSOBY POZOSTAJĄCE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z WNIOSKODAWCĄ

lp	nazwisko i imię	dochód netto	źródło dochodu
1			
2			
3			
4			
5			
Razem			xxx

Niniejszym oświadczam, że miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku

wynosizłotych.

III. PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA (wstawić X w odpowiednim miejscu)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pieluchy, pieluchomajtki wkłady anatomiczne	cewniki, worki do zbiórki moczu	aparat słuchowy, wkładka uszna	proteza	inny proszę wpisać jaki:

IV. SPOSÓB PRZEKAZANIA PRZYZNANEGO DOFINANSOWANIA: (☐ rachunek bankowy / ☐ przekazem pocztowym na adres wnioskodawcy) (wstawić X w odpowiednim miejscu)

posiadacz rachunku	
nazwa banku	
numer rachunku	

V. OŚWIADCZAM, że nie mam zaległości wobec Funduszu PFRON i w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy zawartej z Funduszem PFRON i rozwiązanej z przyczyny leżącej po mojej stronie.

ZAŁĄCZNIKI (DOKUMENTY) WYMAGANE DO WNIOSKU

nazwa załącznika	załączono do wniosku (podać liczbę załączników)
kopia orzeczenia o niepełnosprawności, o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednika wnioskodawcy	
faktura określająca kwotę opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotę udziału własnego/faktury należy złożyć do końca roku, w którym poniesiono koszt	
kopia zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	

Pouczony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego **oświadczam, że podane we wniosku informacje są prawdziwe**, o zmianach zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni od ich zaistnienia.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie moich danych osobowych znajdujących się w bazie PCPR w Siemiatyczach, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku O ochronie danych osobowych.

.....
czytelny podpis wnioskodawcy,
przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika

☐ Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych we wniosku.

☐ Poinformowałem o niekompletności dokumentów we wniosku.

.....
pieczęć imienna, podpis pracownika PCPR, data

Nr sprawy:

wypełnia PCPR

W N I O S E K

o dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla
osoby niepełnosprawnej ze środków PFRON

pieczęć wpływu wniosku

CZĘŚĆ A: DANE I INFORMACJE O WNIOSKODAWCY

DANE OSOBOWE WNIOSKODAWCY

1. Nazwisko	2. Imię	3. Numer PESEL
4. Seria i numer dowodu osobistego	5. Organ wydający dowód osobisty	
6. Data wydania dowodu osobistego	7. Data urodzenia	8. Nr telefonu
9. Adres zamieszkania		
10. Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)		

DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA (dotyczy osób do 18 roku życia, sądownie ubezwłasnowolnionych lub posiadających pełnomocnictwo potwierdzone przez notariusza)

11. Osoba reprezentująca wnioskodawcę*		
Rodzic <input type="checkbox"/> Opiekun prawny <input type="checkbox"/> Pełnomocnik <input type="checkbox"/> Inna <input type="checkbox"/>		
12. Nazwisko	13. Imię	14. Numer PESEL
15. Seria i numer dowodu osobistego	16. Organ wydający dowód osobisty	17. Data wydania dowodu osobistego
18. Adres zamieszkania		
Nr telefonu:		
19. Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)		
20. Ustanowiona/y opiekunem / pełnomocnikiem*		
<input type="checkbox"/> Postanowieniem Sądu w z dnia sygn. akt		
<input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa z dnia potwierdzonego przez repert. NR		

I. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB JEGO ODPowiednik (wstawić X w odpowiednim miejscu)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
znaczny	umiarkowany	lekki	osoby niepełnosprawne do lat 16

II. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (wstawić X w odpowiednim miejscu)

dysfunkcja narządów ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	<input type="checkbox"/>
inna dysfunkcja narządów ruchu	<input type="checkbox"/>
dysfunkcja narządów wzroku	<input type="checkbox"/>
dysfunkcja narządów słuchu i mowy	<input type="checkbox"/>
deficyt rozwojowy	<input type="checkbox"/>
niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	<input type="checkbox"/>

III. SYTUACJA ZAWODOWA (wstawić X w odpowiednim miejscu)

<input type="checkbox"/> zatrudniony / <input type="checkbox"/> prowadzący działalność gospodarczą*	<input type="checkbox"/>
młodzież od lat 16 do 24, ucząca się i nie pracująca	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> bezrobotny poszukujący pracy / <input type="checkbox"/> rencista poszukujący pracy*	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> rencista / <input type="checkbox"/> emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy	<input type="checkbox"/>
dzieci i młodzież do lat 16	<input type="checkbox"/>

IV. OSOBY POZOSTAJĄCE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z WNIOSKODAWCĄ

lp	nazwisko i imię	dochód netto	źródło dochodu
1			
2			
3			
4			
5			
6			
Razem			xxx

Niniejszym oświadczam, że miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku

wynosi złotych.

CZĘŚĆ B: DANE I INFORMACJE O PRZEDMIOCIE WNIOSKU

I. CEL I UZASADNIENIE POTRZEBY ZAKUPU SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO

II. INFORMACJA O PRZEDMIOCIE WNIOSKU

1. Zakres rzeczowy zadania, wykaz planowanych zakupów
2. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania <i>(należy określić w miesiącach)</i>
3. Miejsce realizacji zadania <i>(należy podać adres)</i>
4. Koszt realizacji dofinansowania zł; słownie
5. Wnioskowana kwota dofinansowania z środków PFRON –maksymalnie (80%) zł; słownie

VI. SPOSÓB PRZEKAZANIA PRYZNANEGO DOFINANSOWANIA

Na rachunek bankowy: ☐ sprzedawcy / ☐ wnioskodawcy*

posiadacz rachunku	
nazwa banku	
numer rachunku	

CZĘŚĆ C: INFORMACJE KOŃCOWE

1. Oświadczam, że ☐ **korzystałem(am)** / ☐ **nie korzystałem(am)*** ze środków PFRON.

Jeżeli TAK proszę o wypełnienie poniższej tabeli

nr i data zawarcia umowy	kwota przyznana	cel przyznania	stan rozliczenia

2. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Funduszu PFRON i w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy zawartej z Funduszem PFRON i rozwiązanej z przyczyny leżącej po mojej stronie.
3. Oświadczam, że **posiadam środki własne** w wysokości **20%** kosztów zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.

4. Oświadczam, że ☐ **posiadam** / ☐ **nie posiadam*** **środki finansowe z innych źródeł** na dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego w wysokości zł.
5. Oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a, że dofinansowanie ze środków Funduszu **nie obejmuje** kosztów zakupu związanych z realizacją zadania **poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu**.

Pouczony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. **233 § 1** kodeksu karnego **oświadczam, że podane we wniosku informacje są prawdziwe**, o zmianach zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni od ich zaistnienia.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie moich danych osobowych znajdujących się w bazie PCPR w Siemiatyczach, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku O ochronie danych osobowych.

ZAŁĄCZNIKI (DOKUMENTY) WYMAGANE DO WNIOSKU

nazwa załącznika	załączono do wniosku (podać liczbę załączników)
kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednika wnioskodawcy	
aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o konieczności korzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego wystawione przez lekarza specjalistę	
oferta handlowa zakupu sprzętu rehabilitacyjnego	

* właściwe zaznaczyć

.....
czytelny podpis wnioskodawcy,
przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika

☐ Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych we wniosku.

☐ Poinformowałem o niekompletności dokumentów we wniosku.

pieczęćka imienna, podpis pracownika PCPR, data

.....
miejscowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb PCPR
w celu zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny ze środków PFRON

Imię nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie i opis choroby zasadniczej.

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

2. Czy istnieje konieczność rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu sprzętu rehabilitacyjnego?

tak / nie skreślić niepotrzebne

3. Zalecany sprzęt rehabilitacyjny do potrzeb rehabilitacji w domu wynikający z niepełnosprawności.

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

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
pieczętka i podpis lekarza specjalisty
wystawiającego zaświadczenie