


**PAŃSTWOWY FUNDUSZ REHABILITACJI
OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

Wniosek złożono w Oddziale PFRON

Nr sprawy:

..... w dniu

Wypełnia PFRON

WNIOSEK „P” – część A (wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu)
o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach programu „Pegaz 2010”

We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i 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.

 (należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola)

<input type="checkbox"/> Obszar A	<input type="checkbox"/> Obszar B	<input checked="" type="checkbox"/> Obszar C	<input type="checkbox"/> Obszar E
pomoc w zakupie/ montażu oprzyrządowania samochodu	pomoc w zakupie sprzętu komputerowego i oprogramowania	pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B

1. Informacje o Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola
DANE PERSONALNE

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

Dowód osobisty seria numer wydany w dniu.....r.

 przez..... Płeć: kobieta mężczyzna

 PESEL Stan cywilny: wolna/y zamężna/żonaty

 Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

 Kod pocztowy - (poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok. Powiat

Województwo

 miasto do 5 tys. mieszkańców inne miasto wieś

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

 Kod pocztowy - (poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lokalu

Powiat

Województwo

Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)

Kontakt telefoniczny: nr kier.nr telefonu/nr tel. komórkowego:.....

e-mail (o ile dotyczy):

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu

 - firma handlowa - media - PFRON - inne, jakie:

 Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: www.pfron.org.pl

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji | <input type="checkbox"/> znaczny stopień | <input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka |
| <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy | <input type="checkbox"/> umiarkowany stopień | <input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka |
| <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy | <input type="checkbox"/> lekki stopień | <input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka |

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: okresowo do dnia: bezterminowo

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- NARZĄD RUCHU**, w zakresie: obu kończyn górnych jednej kończyny górnej
 obu kończyn dolnych jednej kończyny dolnej innym

Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

- NARZĄD SŁUCHU**, w zakresie: głuchota jednego ucha głuchota całkowita nie dotyczy

INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (*proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol*):

- | | | | | |
|--|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 01- U
upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> 03- L
zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu | <input type="checkbox"/> 06- E
epilepsja | <input type="checkbox"/> 08- T
choroby układu pokarmowego | <input type="checkbox"/> 10- N
choroby neurologiczne |
| <input type="checkbox"/> 02- P
choroby psychiczne | <input type="checkbox"/> 04- O
choroby narządu wzroku | <input type="checkbox"/> 07- S
choroby układu oddechowego i krążenia | <input type="checkbox"/> 09- M
choroby układu moczowo - pęciowego | <input type="checkbox"/> 11- I
inne |

OBCENE ZATRUDNIENIE

niezatrudniona/y: od dnia: - nie dotyczy

zatrudniona/y:
od dnia: do dnia:

Nazwa pracodawcy:

na czas nieokreślony inny, jaki:

Adres miejsca pracy:

- stosunek pracy na podstawie umowy o pracę
 stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę
 umowa cywilnoprawna
 staż zawodowy
- Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:

działalność gospodarcza na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr,
dokonanego w urzędzie:

Nr NIP: inna, jaka i na jakiej podstawie:

działalność rolnicza Miejsce prowadzenia działalności:

Jeśli Wnioskodawca, ubiegający się obecnie o dofinansowanie zakupu i montażu oprzyrządowania samochodu, korzystał w ostatnich 5 latach ze środków PFRON na podobny cel (licząc od zakończenia roku, w którym udzielono pomocy) - należy wskazać jednostkę udzielającą pomocy (np. Oddział PFRON w lub PCPR w) oraz wymienić zakres dofinansowania [np. ręczny gaz-hamulec itp.]

.....
 - nie korzystałam/em

Jeśli Wnioskodawca, ubiegający się obecnie o dofinansowanie zakupu sprzętu komputerowego, korzystał w ostatnich 4 latach ze środków PFRON na zakup sprzętu komputerowego (licząc od zakończenia roku, w którym udzielono pomocy) - należy wskazać jednostkę udzielającą pomocy (np. Oddział PFRON w lub PCPR w) oraz wymienić dofinansowany sprzęt [np. monitor, klawiatura, skaner, oprogramowanie (jakie) itp.]

.....
 - nie korzystałam/em

Jeśli Wnioskodawca, ubiegający się obecnie o dofinansowanie zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym, korzystał w ostatnich 5 latach ze środków PFRON na zakup takiego wózka (licząc od zakończenia roku, w którym udzielono pomocy) - należy wskazać jednostkę udzielającą pomocy (np. Oddział PFRON w lub PCPR w) oraz wymienić dofinansowany zakup [np. model wózka., wyposażenie (jakie) itp.]

.....
 - nie korzystałam/em

Jeśli Wnioskodawca, ubiegający się obecnie o dofinansowanie zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym, korzystał w ostatnich 2 latach ze środków PFRON na pokrycie kosztów utrzymania sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (licząc od zakończenia roku, w którym udzielono pomocy, np. w ramach programu pn. „Pegaz 2003 - Obszar D) - należy wskazać jednostkę udzielającą pomocy (Oddział PFRON w) oraz wymienić przedmiot dofinansowania [np. akumulator, naprawa, itp.]

.....
 - nie korzystałam/em

Jeśli Wnioskodawca, ubiegający się obecnie o dofinansowanie kosztów uzyskania prawa jazdy, korzystał w ostatnich 4 latach ze środków PFRON na pokrycie podobnych kosztów (licząc od zakończenia roku, w którym udzielono pomocy) - należy wskazać jednostkę udzielającą pomocy (np. Oddział PFRON w) oraz wymienić dofinansowane koszty [np. koszty kursu i dojazdu, itp.]

.....
 - nie korzystałam/em

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak nie

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:

.....

Uwaga! za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął

3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU STRONA 5

UWAGA! Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o **wyczerpujące** informacje i odpowiedzi na poniższe pytania i zagadnienia. W miarę możliwości wykazania, każdą podaną informację należy **udokumentować** (np. **fakt występowania innej osoby niepełnosprawnej w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy należy potwierdzić kserokopią stosownego orzeczenia tej osoby**) w formie załącznika do wniosku, umieszczonego w tabeli nr 7 wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać we wniosku (poniższy pkt 1) **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON. Do istotnych przesłanek należą okoliczności związane z aktywnością zawodową i nauką Wnioskodawcy.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
<p>1) Uzasadnienie wniosku (należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanego sprzętu) - nie dot. obszaru E</p> <p>Jeśli Wnioskodawca przedstawi uzasadnienie potwierdzające, że posiadany sprzęt jest nieadekwatny do aktualnych potrzeb, uzyska 5 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt) jeśli Wnioskodawca nie uzasadni dlaczego posiadany sprzęt jest nieadekwatny do aktualnych potrzeb.</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>2) Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności.</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p> <p>.....</p>
<p>3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR)?</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>5) Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON umożliwi Wnioskodawcy wejście na rynek pracy?</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy</p>
<p>6) Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON umożliwi Wnioskodawcy rozpoczęcie nauki/edukacji na poziomie wyższym od obecnie posiadanego?</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>7) Czy Wnioskodawca zamierza zakupić wózek typu skuter? (dotyczy wyłącznie Wnioskodawców ubiegających się o wsparcie w ramach obszaru C programu)</p>	<p>Jeśli Wnioskodawca zamierza zakupić wózek inwalidzki o napędzie elektryczny typu skuter, merytoryczna ocena wniosku zostanie obniżona o 20 pkt.</p> <p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>8) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp.</p> <p>Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska 5 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt) jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - obszar C – Wniosek „P” STRONA 6

Specyfikacja zakupu WÓZKA INWALIDZKIEGO O NAPĘDZIE ELEKTRYCZNYM
Model (nazwa) wózka:
Dodatkowe wyposażenie ponadstandardowe wózka, w tym:

5. Wnioskowana kwota dofinansowania i deklarowany udział własny w zakupie

Kwota wnioskowana nie powinna być większa od maksymalnej kwoty dofinansowania, która wynosi w 2011 roku 6.380,00 zł. Może ona zostać decyzją Pełnomocników zwiększona, ale **wyłącznie** wtedy jeśli umożliwi to zakup wózka dopasowanego do indywidualnych potrzeb **zdrowotnych**. Ubiegając się o zwiększenie kwoty dofinansowania Wnioskodawca uzasadnia wystąpienie, dołączając także odpowiednie zaświadczenie lekarskie, potwierdzające konieczność zakupu wózka z wyposażeniem ponadstandardowym. Minimalny udział własny w zakupie wynosi 15% ceny brutto zakupu. Ww. deklarowany udział własny musi być wniesiony przy zakupie w pełnej kwocie.

Rodzaj przedmiotu dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Deklarowany udział własny (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
a	b	c	b - c
Wózek			
Dodatkowe wyposażenie ponadstandardowe			
ŁĄCZNIE			

6. Informacje uzupełniające

POSIADANY I WYKORZYSTYWANY SPRZĘT REHABILITACYJNY I ORTOPEDYCZNY:

BUDYNEK, W KTÓRYM MIESZKA WNIOSKODAWCA JEST DOSTĘPNY DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH PORUSZAJĄCYCH SIĘ NA WÓZKU INWALIDZKIM (istnieje możliwość samodzielnego poruszania się wózkiem): TAK NIE
JEŚLI NIE, JAKIE WYSTĘPUJĄ BARIERY:

NIE POSIADAM WÓZKA INWALIDZKIEGO O NAPĘDZIE ELEKTRYCZNYM

POSIADAM NASTĘPUJĄCY WÓZEK: MODEL ROK NABYCIA:

CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC W RAMACH PROGRAMÓW PFRON W ZAKUPIE WÓZKA INWALIDZKIEGO O NAPĘDZIE ELEKTRYCZNYM: NIE TAK w roku w ramach

a także w roku w ramach

Oświadczam, że:

- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach programu „Pegaz 2010”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu „Pegaz 2010” jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl,
- w okresie ostatnich 5 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym: tak - nie,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – **co najmniej 15 % ceny brutto**), w tym deklarowanego we wniosku,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie - w dniu

podpisanie umowy,

STRONA 7

6. przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Oddział PFRON oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
7. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy zawartej z PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: tak - nie,
8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelecie środków finansowych następuje na konto dostawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT (jeśli z faktury VAT można określić parametry techniczne przedmiotu zakupu) lub faktury VAT i specyfikacji zakupu, wypełnionej przez dostawcę przez dostawcę przedmiotu zakupu, która stanowi załącznik do umowy dofinansowania.

Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna osoba, z tym że jej podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać.

..... dnia /..... /2011 r.

.....
podpis Wnioskodawcy

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 8-12)

Nazwa załącznika	WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE PFRON (należy zaznaczyć właściwe)		
	Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1. Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub 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 (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę (prowadzącego) zawierające opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 30 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2a do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Zaświadczenie lekarskie potwierdzające konieczność zakupu wózka niestandardowego tj. dopasowanego do indywidualnych potrzeb zdrowotnych Wnioskodawcy – dotyczy wyłącznie osób ubiegających się o dofinansowanie w wysokości przekraczającej 5-krotność najniższego wynagrodzenia (sporządzone wg wzoru określonego na str. 2 załącznika nr 2a do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Dokument wystawiony przez sprzedawcę, dotyczący kosztu zakupu ponadstandardowego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym tj. dopasowanego do indywidualnych potrzeb zdrowotnych Wnioskodawcy – dotyczy wyłącznie osób ubiegających się o dofinansowanie w wysokości przekraczającej 5-krotność najniższego wynagrodzenia (sporządzony wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Zaświadczenie potwierdzające rejestrację Wnioskodawcy w urzędzie pracy (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 5 do wniosku) - o ile dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez PFRON (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do PFRON (np. w oświadczeniu o wysokości dochodów)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Inne załączniki:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Uwaga:

W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzja, na podstawie której przyznano środki finansowe PFRON, zostanie anulowana a Wnioskodawca zobowiązany zostanie do zwrotu przekazanych przez PFRON środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonania przez PFRON płatności tych środków.

Przypis nr 1

Przez pojęcie „dochodu brutto” – należy rozumieć dochód stanowiący podstawę obliczenia podatku, o którym mowa w ustawie z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2010 r. Nr 51, poz. 307), a w przypadku dochodu z pracy w indywidualnym gospodarstwie rolnym – dochód ustalony zgodnie z postanowieniami ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2009 r. Nr 175, poz. 1362, z późn. zm.).

W związku z powyżej przytoczoną definicją „dochodu brutto” przy ustalaniu dochodu w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy, nie uwzględnia się **między innymi**:

- 1) świadczeń rodzinnych wypłacanych na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, dodatków rodzinnych i pielęgnacyjnych;
- 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 (Dz. U. z 2010 r. Nr 51, poz. 307). **Zgodnie z tym artykułem podstawę obliczenia podatku stanowi dochód po odliczeniu między innymi składek na ubezpieczenie społeczne.**

Uwaga! Wnioskodawca na żądanie PFRON zobowiązany jest dostarczyć dowody potwierdzające wysokość uzyskiwanych dochodów w jego gospodarstwie domowym (np. kserokopie PIT-ów złożonych w US lub zaświadczenia z US, a tylko w przypadku, gdy dana osoba nie jest zobowiązana do składania PIT - inne dokumenty potwierdzające wysokość uzyskiwanych dochodów). W takim przypadku wraz z ww. dokumentami należy przedłożyć także zgodę tych osób na przetwarzanie ich danych osobowych (zgodnie z załącznikiem nr 3 do formularza wniosku).

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

łączny średni miesięczny dochód brutto wykazany w wierszu
„Razem” w tabeli na stronie 1 niniejszego Oświadczenia
=
liczba osób w gospodarstwie domowym wykazana w tabeli na
stronie 1 niniejszego Oświadczenia

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wystawione przez lekarza specjalistę, prowadzącego Pacjenta,
wydane dla potrzeb PFRON – program „PEGAZ 2010” - **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

- Imię i nazwisko Pacjenta
- PESEL
- Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):
- Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:
- Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić jedno - właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):**

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza

6. **Ponadto (pole obowiązkowe w przypadku Pacjenta ubiegającego się o dofinansowanie w ramach obszaru C i D programu Pegaz 2010) - na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:**

<p>proszę zakreślić właściwe pola</p> <p>1. Pacjent może poruszać się na wózku inwalidzkim o napędzie ręcznym: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>2. Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym jest niewskazane, gdyż może spowodować wstrzymanie lub pogorszenie procesu rehabilitacji lub wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn górnych: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>3. Przeciwwskazania do korzystania z wózka o napędzie elektrycznym (np. utraty przytomności, epilepsja):</p> <p>..... <input type="checkbox"/> brak przeciwwskazań</p>	pieczętka, nr i podpis lekarza
---	--------------------------------

Druąą strona zaświadczenia dotyczy wyłącznie Wnioskodawców ubiegających się o zwiększenie kwoty dofinansowania na zakup wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (Obszar C)

Pacjent z uwagi na możliwości funkcjonalne, **stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu** powodującej niepełnosprawność wymaga zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem, w tym:

(proszę zakreślić właściwe pola)

<input type="checkbox"/>	niestandardowe sterowniki umożliwiające sterowanie wózkiem za pomocą jedynie władnych części ciała jak np.: ręki, palca, brody, stopy, warg lub wdechu i wydechu powietrza itp.
<input type="checkbox"/>	urządzenia umożliwiające prowadzenie wózka także przez osobę towarzyszącą (hamulec, sterownik itp.)
<input type="checkbox"/>	niestandardowe siedzisko (np. z windą podnoszącą, rehabilitacyjne, zapewniające maksymalną stabilizację, przeciwodleżynowe, itp.)
<input type="checkbox"/>	specjalne, regulowane (w tym elektrycznie i w różnych płaszczyznach): podnóżki, podłokietniki lub oparcia nadgarstków
<input type="checkbox"/>	kliny zapobiegające zsuwaniu się Pacjenta z wózka lub podpórki boczne, peloty piersiowe
<input type="checkbox"/>	zagłówek stabilizujący głowę i szyję (w kształcie litery U)
<input type="checkbox"/>	specjalne pasy bezpieczeństwa (np. dwupunktowe zapinane na biodrach, czteropunktowe)
<input type="checkbox"/>	taki sposób, aby wózek był indywidualnie dopasowany do sylwetki Pacjenta (np. w przypadku niestandardowego wzrostu czy wagi Pacjenta)
<input type="checkbox"/>	inne elementy i urządzenia (np. umożliwiające podłączenia joysticka wózka do komputera i posługiwanie się nim jak myszką), jakie:

....., dnia

(miejsowość)

(data)

pieczętka, nr. i podpis lekarza

Dane osobowe przekazane przez uczestników programu „Pegaz 2010” do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 (administratora danych) będą przetwarzane w celu realizacji programu.

Każdy uczestnik programu posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości wzięcia przez Wnioskodawcę udziału w programie „Pegaz 2010”.

Niniejsze oświadczenie składa Wnioskodawca oraz dodatkowo i odrębnie - inne pełnoletnie osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do PFRON przez Wnioskodawcę we wniosku o dofinansowanie.

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres: miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego (o ile dotyczy - niepotrzebne skreślić):

.....
(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

przez PFRON z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 (administrator danych) w celach związanych z realizacją w 2011 roku programu „PEGAZ 2010”, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.). Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

.....
Data i podpis osoby składającej oświadczenie

.....
Stempel firmowy sprzedawcy

Dokument wydany dla potrzeb PFRON – program „PEGAZ 2010”

Pacjent, z uwagi na wskazania lekarskie oraz możliwości funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu powodującej niepełnosprawność wymaga wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym, wyposażonego w:

(proszę zakreślić właściwe pola <input type="checkbox"/>)	Orientacyjny, dodatkowy koszt w zł
<input type="checkbox"/> niestandardowe sterowniki umożliwiające sterowanie wózkiem za pomocą jedynie władnych części ciała jak np.: ręki, palca, brody, stopy, warg lub wdechu i wydechu powietrza itp.	
<input type="checkbox"/> urządzenia umożliwiające prowadzenie wózka także przez osobę towarzyszącą (hamulec, sterownik itp.)	
<input type="checkbox"/> niestandardowe siedzisko (np. z windą podnoszącą, rehabilitacyjne, zapewniające maksymalną stabilizację, przeciwoleżynowe, itp.)	
<input type="checkbox"/> specjalne, regulowane (w tym elektrycznie i w różnych płaszczyznach): podnóżki, podłokietniki lub oparcia nadgarstków	
<input type="checkbox"/> kliny zapobiegające zsuwaniu się Pacjenta z wózka lub podpórki boczne, peloty piersiowe	
<input type="checkbox"/> zagłówek stabilizujący głowę i szyję (w kształcie litery U)	
<input type="checkbox"/> specjalne pasy bezpieczeństwa (np. dwupunktowe zapinane na biodrach, czteropunktowe)	
<input type="checkbox"/> taki sposób, aby wózek był indywidualnie dopasowany do sylwetki Pacjenta (np. w przypadku niestandardowego wzrostu czy wagi Pacjenta)	
<input type="checkbox"/> inne elementy i urządzenia (np. umożliwiające podłączenia joysticka wózka do komputera i posługiwanie się nim jak myszką), jakie:	
Łącznie:	
RAZEM orientacyjna cena wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym dla Pacjenta:	

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....
pieczętka i podpis osoby wystawiającej dokument

.....
Stempel urzędu pracy

....., **dnia**
(miejscowość) (data)

ZAŚWIADCZENIE

wydane dla potrzeb PFRON w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie
w ramach realizacji programu „PEGAZ 2010”
- **prosimy wypełnić czytelnie**

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji, Urząd Pracy zaświadcza, że Pan./Pani*

.....
PESEL

jest lub był/ była* zarejestrowany/a w tut. urzędzie jako:

w okresie: od dnia do dnia

Ww. osoba *nie posiada* / posiada* IPD. W okresie ostatnich 12-stu miesięcy ww. osoba:

1) *nie została* / *została** pozbawiona (ze swojej winy) statusu bezrobotnego / poszukującego pracy
i nie pozostającego w zatrudnieniu*;

2) *nie korzystała* / *korzystała** z następujących usług rynku pracy:
.....
.....

3) *nie korzystała* / *korzystała** z następujących instrumentów rynku pracy:
.....
.....

.....
pieczętka imienna i podpis osoby upoważnionej

Tel. do kontaktu:

* niewłaściwe należy skreślić