



Środki zostaną przekazane na:

Konto osobiste Wnioskodawcy .....

Przelew na firmę .....

(podać nazwę i numer konta)

„DruX” tel. 61 819-44-64(65), fax 898-38-45 CPR W-wa 16

str 1 /4

### Informacje o Wnioskodawcy - posiadany stopień niepełnosprawności

Stopień znaczny lub inwalidzi I grupy	
Stopień umiarkowany lub inwalidzi II grupy	
Stopień lekki lub inwalidzi III grupy	

### Rodzaj niepełnosprawności

Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim (wrodzony brak lub amputacja dłoni lub rąk)	
Inna dysfunkcja narządu ruchu	
Dysfunkcja narządu wzroku	
Dysfunkcja narządu słuchu	
Dysfunkcja narządu mowy	
Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

### Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym (zamieszkałe) z Wnioskodawcą

Imię i nazwisko - pokrewieństwo	Dochód miesięczny netto
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

### Sytuacja zawodowa Wnioskodawcy

Dzieci i młodzież do lat 18	
Młodzież w wieku od 18 do 24 lat ucząca się lub studiująca	
Zatrudniony / prowadzący własną działalność gospodarczą	
Bezrobotny poszukujący pracy	
Rencista / emeryt	

### Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Korzystałam/korzystałem ze środków finansowych

TAK

NIE

Podać rok korzystania .....

Podać nazwę sprzętu \_\_\_\_\_

str 2 /4

**Oświadczenie:**

Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2, 3 ustawy z dnia 06.06.1997 r. - Kodeks Karny (t.j.Dz. U.2016 poz.1137) oświadczam, że średni miesięczny dochód rodziny w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych pomniejszony o obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczenia 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:

Wynosi: (podać kwotę)

Liczba                      osób                      w                      gospodarstwie                      domowym                      (podać liczbę)

Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2, 3 ustawy z dnia 06.06.1997 r. - Kodeks Karny (t.j.Dz. U. 2016 poz.1137) oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się poinformować w ciągu 14 dni.

**Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetworzenie moich danych osobowych w bazie danych Warszawskiego Centrum Pomocy Rodzinie dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji programu dofinansowania zakupu sprzętu rehabilitacyjnego zgodnie z ustawą z dnia 29.08.97 r. o ochronie danych osobowych (t.j.Dz. U. 2016 poz.922).**

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Podpis Wnioskodawcy / Przedstawiciela ustawowego /  
Opiekuna prawnego / Pełnomocnika



## Decyzja o przyznaniu dofinansowania

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Podpis