

Data wpływu:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Wniosek o wypożyczenie technologii wspomagającej osobie z niepełnosprawnością

DANE WNIOSKODAWCY

ROLA WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Województwo (Oddział PFRON, do którego kierowany jest wniosek):	
Wnioskodawca składa wniosek:	☐ we własnym imieniu ☐ jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego ☐ opiekun prawny pełnoletniego podopiecznego ☐ jako przedstawiciel ustawy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) ☐ na mocy pełnomocnictwa
Postanowieniem Sądu Rejonowego:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	

W przypadku wybrania opcji: opiekun prawny pełnoletniego podopiecznego, jako przedstawiciel ustawy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego), na mocy pełnomocnictwa, należy do wniosku dołączyć pełnomocnictwo lub dokument potwierdzający pełnienie opieki prawnej lub przedstawicielstwa ustawowego umieszczając go na liście załączników.

DANE WNIOSKODAWCY

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	☐ kobieta ☐ mężczyzna

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Numer domu:	
Numer lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Numer telefonu:	
Dodatkowy numer telefonu:	
Adres email:	

ADRES DOSTAWY

- ☐ Taki sam jak adres zamieszkania wnioskodawcy
☐ Taki sam jak adres zamieszkania OzN: podopiecznego/mocodawcy

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Numer domu:	
Numer lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**DANE PERSONALNE DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**

Wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego.

- ☐ Nie dotyczy

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	☐ kobieta ☐ mężczyzna

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

☐ Taki sam jak adres zamieszkania wnioskodawcy

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Numer domu:	
Numer lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Numer telefonu:	
Adres email:	

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Zawartość
Osoby w wieku do 16 lat posiadające orzeczenie o niepełnosprawności ze wskazaniem konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji:	☐ tak ☐ nie dotyczy
Stopień niepełnosprawności:	☐ znaczny ☐ umiarkowany ☐ lekki ☐ nie dotyczy
Grupa inwalidzka:	☐ I grupa ☐ II grupa ☐ III grupa ☐ nie dotyczy
Niezdolność do pracy:	☐ całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji ☐ całkowita niezdolność do pracy ☐ częściowa niezdolność do pracy ☐ nie dotyczy

Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.

Warunkiem udziału w programie jest posiadanie znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego. Do wniosku należy koniecznie dołączyć skan orzeczenia o niepełnosprawności lub równoważnego dokumentu.

INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

Oświadczam, że w ciągu 12 miesięcy przed dniem złożenia wniosku o wypożyczenie technologii wspomagającej ☐ otrzymałem ☐ nie otrzymałem ze środków PFRON albo NFZ dofinansowania na zakup takiej samej, jak wnioskowana technologii wspomagającej.

Szczegóły:

PRZEDMIOT WNIOSKU

Rodzaj deklarowanej technologii:

Wiem, jak użytkować wybraną technologię:

☐ tak
☐ nie

ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA

Lp.	Nazwa

Administratorem danych osobowych przetwarzanych w związku z obsługą złożonego wniosku jest Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy ul. Jana Pawła II 13. Szczegółowe informacje o przetwarzaniu danych osobowych, w tym o prawach przysługujących podmiotom danych, znajdują się pod tym adresem <https://www.pfron.org.pl/o-funduszu/rodo-w-funduszu/>