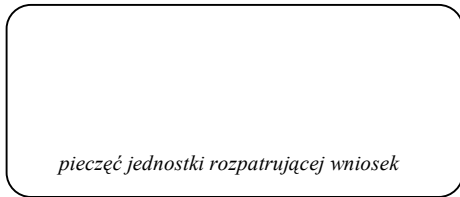


.....
numer kolejny wniosku



.....
data wpływu kompletnego wniosku (dzień, miesiąc, rok)

pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do zakupu urządzeń (wraz z montażem*) lub wykonania usług* z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych

DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY (proszę wypełniać drukowanymi literami)

.....syn/córka.....
imię i nazwisko imię ojca
seria.....nr..... wydany w dniu.....przez.....
dowód osobisty
nr PESEL nr NIP
miejscowość ulica nr domunr lokalu
dokładny adres
nr kodu.....poczta powiat
województwo nr tel./ faxu (z nr kier.)
Nazwa banku i numer rachunku bankowego.....

Proszę o dofinansowanie
należy podać nazwę urządzenia (ewentualny montaż), rodzaj usługi
.....
.....

I. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik¹

1. znaczny	
▪ inwalidzi I grupy	
▪ osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji.	
▪ osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
▪ osoby w wieku do lat 16 (w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat), którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny.	
2. umiarkowany,	
▪ inwalidzi II grupy,	
▪ osoby całkowicie niezdolne do pracy	
▪ inwalidzi III grupy ze względu na głuchotę lub głuchoniemotę	
3. lekki	
▪ pozostali inwalidzi III grupy	
▪ osoby częściowo niezdolne do pracy,	
▪ osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

II. Rodzaj niepełnosprawności¹

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim: wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

III. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą (w tym osoby niepełnosprawne)

Imię i nazwisko pokrewieństwo/powinowactwo	Niepełnosprawność (2)		Przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony z kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku **
	stopień	rodzaj	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

IV. Sytuacja zawodowa¹

1. zatrudniony*/prowadzący działalność gospodarczą*	
2. osoba w wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca*	
3. bezrobotny poszukujący pracy*/rencista poszukujący pracy*	
4. rencista*/emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy	
5. dzieci i młodzież do lat 18	

V. Przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi : zł.

VI. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (w ciągu ostatnich 3 lat licząc od dnia złożenia wniosku) w tym poprzez oddziały terenowe PFRON ¹ TAK NIE

Nr i data zawarcia umowy	Przyznana kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia (kwota do zwrotu)

VII. Cel likwidacji bariery w komunikowaniu się i technicznej

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

VIII. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

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

(1) proszę wstawić X we właściwej rubryce

(2) proszę wstawić właściwe oznaczenia cyfrowe z tablicy I.A

* właściwe podkreślić

IX. Miejsce realizacji zadania

X. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek

XI. Koszt zadania

Przewidywany koszt ogólny (wynikający z załączonych ofert cenowych / kosztorysów)	
Cyframi:	zł.
Słownie:	zł.
Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania	
Cyframi:	zł. (do 80% kosztów przedsięwzięcia)
Słownie:	zł.
Deklarowane środki własne:	
Cyframi:	zł. (co najmniej 20% kosztu ogólnego)
Słownie:	zł.
Inne źródła finansowania	
.....	

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY (DLA MAŁOLETNIEGO WNIOSKODAWCY), OPIEKUN PRAWNY LUB PEŁNOMOCNIK

..... syn/córka

imię imiona i nazwiska *imię ojca*

seria nr..... wydany w dniu..... przez.....

dowód osobisty

nr PESEL nr NIP

miejsowość ulica nr domu nr lokalu

dokładny adres

nr kodu poczta powiat

województwo nr tel./ faxu (z nr. kier.)

ustanowiony opiekunem* / pełnomocnikiem*

(postanowieniem Sądu rejonowego z dnia sygn akt / na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dn..... repet nr).

Oświadczenia

Zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem*/ kosztem wykonania usługi* z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec Funduszu.

Oświadczam, że nie uzyskałem/am w ciągu poprzednich 3 lat dofinansowania ze źródeł PFRON na cel określony we wniosku (w przypadku likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych).

Uprzedzona/ny o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1,2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

Stosownie do treści art.23 ust.1 pkt1 ustawy o ochronie danych osobowych (Dz.U.Nr 133.97r poz.883 z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w związku z prowadzonym postępowaniem o przyznanie świadczeń ze środków PFRON.

Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy ze środków Funduszu.

.....
(podpis Wnioskodawcy*, przedstawiciela ustawowego
opiekuna prawnego* pełnomocnika*)

Załączniki do wniosku :

Do I etapu

1. Kopia orzeczenia o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123. poz. 776 z późn. zm.).
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu.
4. Zaświadczenie*/oświadczenie* o dochodach Wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą.
5. Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.
6. Kopia decyzji o przyznaniu zasiłku pielęgnacyjnego, w przypadku jego pobierania.
7. Kopia decyzji o przyznaniu świadczeń pomocy społecznej, jeśli takie występują.
8. Inne wymagane przez PCPR (np. oferta cenowa, kosztorys itd.)
9. Zgoda właściciela budynku lub lokalu mieszkalnego, jeżeli taka zgoda jest wymagana

Adnotacje przyjmującego wniosek

I. Ocena zasadności wniosku

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

II. Opinia Komisji ds. opiniowania wniosków o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych

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

.....
(data)

.....
.....
(podpisy)

II. Decyzja o przyznaniu dofinansowania

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

.....
(data i podpis)