

pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

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

PCPR 8215./...../.....

WNIOSEK

***o dofinansowanie zakupu urządzeń (wraz z montażem^{*}) lub wykonania usług^{*}
z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych***

Wnioskodawca (proszę wypełnić drukowanymi literami)

.....syn/córka^{*}.....
imię (imiona) i nazwisko imię ojca

seria.....nr.....wydany w dniu.....przez.....
dowód osobisty

nr PESEL.....nr NIP.....

miejscowość.....ulica.....nr domu.....nr lokalu.....
adres stałego zameldowania

nr kodu.....-.....poczta.....powiat.....

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

Przewidywany koszt realizacji zadania

Proszę o dofinansowanie^{**}
należy podać nazwę urządzenia (ewentualnie montaż), rodzaj usług

.....
w łącznej wysokości.....zł.

(słownie.....zł)

co stanowi.....% ceny brutto, pomniejszony o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł.

Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania (miesiąc)

Krótkie uzasadnienie składanego wniosku

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

I. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik

1. znaczny	
- inwalidzki 1 grupy	
- osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolnej 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), w którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
2. umiarkowany	
- inwalidzki II grupy	
- osoby całkowicie niezdolnej do pracy	
- inwalidzki 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 niepełnosprawności

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

III. Sytuacja zawodowa

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

IV. Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje

1. samotnie	
2. z rodziną	
3. z osobami nie spokrewnionymi	

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

Imię i Nazwisko - pokrewieństwo	niepełnosprawność		dochód miesięczny netto
	stopień ⁽²⁾	rodzaj ⁽³⁾	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
RAZEM			

VI. Oświadczenie

Niniejszym oświadczam, że **średni miesięczny dochód rodziny** w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych (dochód netto) podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym **za ostatnie trzy miesiące** wynosi zł.

VII. Nazwa banku i numer rachunku bankowego

VIII. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Nr i data zawarcia umowy	Przyznana kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia
RAZEM		KWOTA ROZLICZONA RAZEM		

IX. Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania

Lp	Wartość ogólna	Źródła finansowania	Poniesione nakłady
Razem			

X. Inne źródła finansowania zadania

Upředzona/y 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.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się informować w ciągu 14 dni.

Oświadczam, że nie posiadam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłam/byłam stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

.....
(podpis Wnioskodawcy/Przedstawiciela ustawowego/
Opiekuna prawnego*/Pełnomocnika*)

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), Opiekun prawny lub Pełnomocnik.

.....syn/córka*
imię (imiona) i nazwisko imię ojca
seria.....nr.....wydany w dniu.....przez
nr PESEL.....nr NIP.....
miejscowość.....ulica.....nr domu.....nr lokalu.....
adres stałego zameldowania
nr kodu.....-.....poczta.....powiat.....
województwo.....nr tel./faxu (z nr kier.).....
ustawiony Opiekunem* /Pełnomocnikiem*
* postanowieniem Sądu Rejonowego.....z dnia.....sygn. akt.....
* na mocy pełnomocnikiem potwierdzonego przez Notariusza.....
z dnia.....repet. nr.....

*
niepotrzebne skreślić

Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik
2. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie wg załączonego wzoru
4. Zaświadczenie* /oświadczenie* o dochodach Wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą z ostatnich trzech miesięcy.
5. Zgoda właściciela budynku lub lokalu mieszkalnego, jeżeli taka zgoda jest wymagana.
6. Kosztorys
7. Zaświadczenie o pobieraniu nauki - dotyczy osób uczących się.

Adnotacje przyjmującego wniosek

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(data i podpis)

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

.....

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(podpisy)

III. Decyzja o przyznaniu dofinansowania

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(data i podpis)

.....
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko

Zamieszkała/y

Wymaga likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych ze względu na
(rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących – w języku
polskim)

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

UZASADNIENIE

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

.....
(pieczęć lekarza)

Zgodnie z Rozporządzeniem 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.96, poz. 861 oraz z roku 2003 Dz.U. Nr 100, poz. 930)

„ O dofinansowanie ze środków Funduszu zadań, jeżeli ich realizacja umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem, mogą się ubiegać

- na likwidację barier w komunikowaniu się i technicznych - osoby niepełnosprawne, jeżeli jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności.”