

WNIOSEK

o dofinansowanie do likwidacji barier w komunikowaniu się dla osób fizycznych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

I. Dane osoby niepełnosprawnej, której wniosek dotyczy (wypełnić drukowanymi literami)

Imię:	Nazwisko:
Miejscowość zamieszkania:	Ulica /nr domu/lokalu:
Kod pocztowy: _ _ - _ _ _	Poczta:
Dowód osobisty: seria _ _ _ numer _ _ _ _ _ _ wydany w dniu _ _ - _ _ - _ _ _ _ przez	
PESEL: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Telefon: _ _ _ _ _ _ _ _ _
Nazwa banku:	
Nr rachunku: _ _ - _ _ _ _ - _ _ _ _ - _ _ _ _ - _ _ _ _ - _ _ _ _ - _ _ _ _	

II. Dane przedstawiciela ustawowego (dla małoletniej osoby niepełnosprawnej), opiekun prawny lub pełnomocnik

.....
(imię i nazwisko)
Dokument tożsamości: seria nr wydany w dniu przez

nr PESEL miejscowość zamieszkania
ulica nr domu/lokalu nr kodu
poczta powiat województwo
nr tel. ustanowiony opiekunem /pełnomocnikiem
postanowieniem Sądu z dnia
sygn. Akt na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza

z dnia repet. Nr

III. Częstotliwość ubiegania się o dofinansowanie w ramach wnioskowanych barier*

1)	Składam wniosek po raz pierwszy	
2)	Składam wniosek po raz kolejny	
Nie otrzymałem(-lam) dofinansowania		
Otrzymałem(-lam) dofinansowanie (przedmiot dofinansowania i rok otrzymania)		

* wstawić znak X we właściwej rubryce

IV. Stopień niepełnosprawności *

1.	Znaczny	
1)	inwalidzi I grupy	
2)	osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
3)	osoby całkowicie niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym i niezdolne do samodzielnej egzystencji (orzeczenia wydane przed 01.01.1998 r.)	
2.	Umiarkowany	
1)	inwalidzi II grupy	
2)	osoby całkowicie niezdolne do pracy	
3.	Lekki	
1)	pozostali inwalidzi III grupy	
2)	osoby częściowo niezdolne do pracy	
3)	osoby niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym (orzeczenia wydane przed 01.01.1998 r.)	
4.	Dzieci i młodzież w wieku do lat 16 z orzeczeniem o niepełnosprawności	

V. Rodzaj niepełnosprawności*

1.	Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
2.	Inna dysfunkcja narządu ruchu	
3.	Dysfunkcja narządu wzroku	
4.	Dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
5.	Schorzenia psychiczne i umysłowe	
6.	Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

VI. Naruszenie sprawności organizmu - Ważność dokumentu*:

1)	czasowe (okresowe) do:	
2)	stałe (trwale)	

VII. Sytuacja zawodowa osoby niepełnosprawnej*

1.	Zatrudniony(-na)/prowadzący(-ca) działalność gospodarczą	
2.	Bezrobotny(-na)/poszukujący(-ca) pracy	
3.	Rencista/emeryt niezainteresowany podjęciem pracy	
4.	Rencista szukający pracy	
5.	Młodzież od lat 18-24 ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca	
6.	Dzieci i młodzież do lat 18	

VIII. Sytuacja mieszkaniowa – Osoba niepełnosprawna zamieszkuje*:

1)	samotnie	
2)	z rodziną	
3)	z osobami niespokrewnionymi	

* wstawić znak X we właściwej rubryce

IX. Informacja o korzystaniu osoby niepełnosprawnej ze środków finansowych PFRON

Korzystałem(-lam) ze środków finansowych PFRON*:					Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Nr umowy	Data zawarcia umowy lub przyznania dofinansowania	Cel dofinansowania	Kwota przyznanego dofinansowania	Stan rozliczenia	Źródła finansowania PFRON/inne	

X. Przedmiot dofinansowania

.....

XI. Cel dofinansowania (uzasadnienie składanego wniosku)

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

XII. Miejsce realizacji zadania

.....

XIII. Koszt realizacji zadania i kwota wnioskowana

1. Przewidywany całkowity koszt realizacji zadania: zł
2. Kwota wnioskowanego dofinansowania (max do 95 %): zł
(słownie:)

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty, stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem (kosztem wykonania usługi), pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków PFRON kwotą dofinansowania.

XIV. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

1. Termin rozpoczęcia:
2. Termin zakończenia:

XV. Wartość nakładów dotychczas poniesionych przez osobę niepełnosprawną na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania

.....

XVI. Informacje o innych źródłach finansowania przedsięwzięcia

.....

* właściwe zaznaczyć

Ważna informacja!
**Dofinansowanie nie obejmuje kosztów likwidacji barier poniesionych przed
przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie
ze środków Funduszu**

Uprzedzony(-na) o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1-3 i 6 oraz art. 297 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny, potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych zawartych we wniosku oraz załącznikach. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Oświadczam, że:

- nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz nie byłem(-łam) w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
- podane informacje są zgodne z prawdą,
- posiadam środki finansowe w wysokości minimum 5% na pokrycie udziału własnego realizowanego zadania,
- zapoznałem(-łam) się z zasadami dofinansowania do likwidacji barier w komunikowaniu się,
- zapoznałem(-łam) się z klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Lubaczowie.

.....
(miejscość i data)

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

Załączniki do wniosku:

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.
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z osobą niepełnosprawną, której wniosek dotyczy, w przypadku takich osób.
3. Oryginał dowodu osobistego do wglądu.
4. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności.
5. Oświadczenie o dochodach osoby niepełnosprawnej, której wniosek dotyczy i osób wspólnie zamieszkałych.
6. Oferta cenowa na wnioskowane urządzenie.
7. Zaświadczenie z powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.
8. Zaświadczenie o pobieraniu nauki (w przypadku dzieci i młodzieży do 24 roku życia).
9. Pisemne upoważnienie do złożenia wniosku i innych dokumentów, składania wyjaśnień w imieniu osoby niepełnosprawnej (w koniecznych przypadkach).

O Ś W I A D C Z E N I E

o wysokości dochodów i liczbie członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

Ja niżej podpisany(-na),
zamieszkały(-na) oświadczam, co następuje:
Liczba osób w mojej rodzinie pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym (łącznie ze mną)
wynosi osób.

Lp.				Średni miesięczny dochód netto
1.	Osoba niepełnosprawna, której wniosek dotyczy			
Pozostali członkowie gospodarstwa domowego wspólnie się utrzymujące i mieszkające bez względu na wiek i pokrewieństwo (w tym osoby niepełnosprawne)				
	Stopień pokrewieństwa	Stopień niepełnosprawności	Rodzaj niepełnosprawności	
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
RAZEM				

Rodzina posiada*/nie posiada* gospodarstwo rolne o powierzchni ha przeliczeniowego i osiąga z niego miesięczny dochód w kwocie zł.

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

Świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1-3 i 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny, w związku z art. 75 § 2 i art. 83 § 3 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego, za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku i załącznikach zostały podane zgodnie z prawdą.

.....
(miejscowość i data)

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

* niepotrzebne skreślić

.....
(pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
do potrzeb ubiegania się przez osobę niepełnosprawną o dofinansowanie
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
do likwidacji barier w komunikowaniu się
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Nr PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....
.....

2. Opis schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności:

.....
.....

3. Osoba niepełnosprawna porusza się*:

- jest leżąca
- na wózku inwalidzkim
- przy pomocy balkonika/podpórki, 2 kul
- przy pomocy laski lub kuli
- samodzielnie

4. Osoba niepełnosprawna jest *:

- niedowidząca
- niewidoma

5. Uzasadnienie celowości likwidacji barier w komunikowaniu się w aspekcie indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej:

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

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie)

* właściwe zaznaczyć