

Data wpływu wniosku .....  
(wypełnia PCPR)

**WNIOSEK**  
**OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW**  
**PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**  
**LIKWIDACJI BARIER TECHNICZNYCH**

**DANE WNIOSKODAWCY**

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Data urodzenia ..... PESEL .....

Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany w dniu .....

przez ..... ważny do .....

Numer telefonu .....

Nazwa banku i numer rachunku bankowego .....

**DANE PODOPIECZNEGO**

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Data urodzenia ..... PESEL .....

**WNIOSKODAWCA JEST:**

- osobą niepełnosprawną
- przedstawicielem ustawowym
- opiekunem prawnym ustanowionym:
- postanowieniem Sądu Rejonowego .....  
z dnia ..... sygn. akt .....
- pełnomocnikiem ustanowionym:
- na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza .....  
z dnia ..... repet. nr .....

## STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> znaczny stopień	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest <input type="checkbox"/> okresowo do dnia.....		
<input type="checkbox"/> bezterminowo		

## RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<input type="checkbox"/> <b>NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie:</b>			
<input type="checkbox"/> obu kończyn górnych	<input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej		
<input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych	<input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej	<input type="checkbox"/> innym	
<input type="checkbox"/> konieczność poruszania się na wózku inwalidzkim			
<input type="checkbox"/> brak lub amputacja dłoni lub rąk	<input type="checkbox"/> brak lub amputacja nóg		
<input type="checkbox"/> <b>NARZĄD WZROKU 04-O</b>	<input type="checkbox"/> osoba niewidoma	<input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma	
<input type="checkbox"/> <b>NARZĄD SŁUCHU 03-L</b>	<input type="checkbox"/> osoba głuchoniema		
<b>INNE</b> przyczyny niepełnosprawności wynikające z orzeczenia- proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol:			
<input type="checkbox"/> 01- <b>U</b> upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 04- <b>O</b> choroby narządu wzroku	<input type="checkbox"/> 07- <b>S</b> choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 10- <b>N</b> choroby neurologiczne
<input type="checkbox"/> 02- <b>P</b> choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 05- <b>R</b> choroby narządu ruchu	<input type="checkbox"/> 08- <b>T</b> choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 11- <b>I</b> inne
<input type="checkbox"/> 03- <b>L</b> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	<input type="checkbox"/> 06- <b>E</b> epilepsja	<input type="checkbox"/> 09- <b>M</b> choroby układu moczowo- płciowego	<input type="checkbox"/> 12- <b>C</b> całościowe zaburzenia rozwojowe

## WNIOSKODAWCA ZAMIESZKUJE

<b>Wnioskodawca zamieszkuje</b>	<input type="checkbox"/> samotnie	<input type="checkbox"/> z innymi osobami
<b>Wnioskodawca zamieszkuje z innymi osobami niepełnosprawnymi</b> (do wniosku należy załączyć orzeczenia o niepełnosprawności tych osób)		
<input type="checkbox"/> tak <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> nie</span>		

**Przedmiot dofinansowania** (rodzaj sprzętu, usługi, urządzenia)

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....



Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:  tak  nie

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania.....

### Wnioskodawca korzystał z dofinansowania do likwidacji barier

Tak  Nie

architektonicznych

technicznych

w komunikowaniu się

Dofinansowanie przyznano w roku.....

### OŚWIADCZENIA

**Oświadczam, że** przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, **obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku**, wynosił ..... zł.  
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi .....

**Oświadczam, że** w ciągu trzech lat od daty złożenia niniejszego wniosku byłam(em) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:

tak  nie (*zaznaczyć właściwe*)

**Oświadczam, że** zostałam/em poinformowana/ny, iż dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania, poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

**Oświadczam, że** dane zawarte w niniejszym wniosku podane zostały zgodnie z prawdą.

.....  
miejsowość, data

.....  
Czytelny podpis Wnioskodawcy lub osoby  
uprawnionej

Wymagane załączniki		WYPEŁNIA PCPR		
		Dolączy no do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia/ uwagi
1.	Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub innego orzeczenia równoważnego (oryginał do wglądu), dowód osobisty osoby niepełnosprawnej do wglądu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Zaświadczenie wydane przez lekarza, stwierdzające rodzaj niepełnosprawności oraz zawierające informacje o obecnym stanie zdrowia (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	W przypadku reprezentowania osoby niepełnoletniej – dowód osobisty przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego do wglądu oraz kopia dokumentu potwierdzającego prawo do reprezentowania osoby niepełnoletniej (np. skrócony akt urodzenia dziecka, postanowienie Sądu o ustanowieniu opieki prawnej).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	W przypadku reprezentowania osoby dorosłej – dowód osobisty opiekuna lub pełnomocnika do wglądu oraz kserokopia postanowienia Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego lub kserokopia pełnomocnictwa notarialnego.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Kserokopia tytułu prawnego do lokalu, w którym ma zostać wykonany wnioskowany zakres prac związany likwidacją barier.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Zgoda właściciela lokalu na wykonanie wnioskowanego zakresu prac związanych z likwidacją barier (w koniecznych przypadkach).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Zgoda właściciela budynku na wykonanie wnioskowanego zakresu prac związanych z likwidacją barier (w koniecznych przypadkach).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Oferta cenowa dotycząca przedmiotu dofinansowania wystawiona przez sprzedawcę/ usługodawcę (tylko w przypadku zakupu samych urządzeń).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Dokumentacja potwierdzająca inne źródła finansowania.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	