

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 .....

.....

**PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY (dla małoletniego Wnioskodawcy), OPIEKUN  
PRAWNY LUB PEŁNOMOCNIK**

Imię i nazwisko .....syn/córka.....

Adres zamieszkania .....

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

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

przez ..... ważny do .....

Numer telefonu .....

Ustanowiony Opiekunem / Pełnomocnikiem .....

• postanowieniem Sądu Rejonowego .....

z dnia ..... sygn. akt .....

• na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza .....

z dnia ..... repet. nr .....

Nazwa banku i numer rachunku bankowego .....

.....

## 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. ....
8. ....
9. ....
10. ....



**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 .....

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.**

**Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku podane zostały zgodnie z prawdą.**

.....  
miejsowość, data

.....  
Czytelny podpis Wnioskodawcy lub osoby  
uprawnionej

| Wymagane załączniki |  | WYPEŁNIA PCPR            |                          |                         |
|---------------------|--|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
|                     |  | Dołączono 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 specjalistę stwierdzające rodzaj niepełnosprawności, jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu 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 (w koniecznych przypadkach).  | <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.                  | Kosztorys lub oferta cenowa dotycząca przedmiotu dofinansowania, wystawione przez sprzedawcę/ usługodawcę.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                         |
| 9.                  | Dokumentacja potwierdzająca inne źródła finansowania.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                         |