

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

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

**DANE WNIOSKODAWCY**

*(osoba niepełnosprawna, opiekun prawny, rodzic dziecka niepełnosprawnego)*

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 .....

**DANE OSOBY REPREZENTUJĄCEJ WNIOSKODAWCĘ (pełnomocnik)**

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 .....
<input type="checkbox"/> <b>ustanowiony pełnomocnikiem:</b>
• na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza .....
z dnia ..... repet. nr .....

**WNOSKODAWCA JEST:** osobą niepełnosprawną przedstawicielem ustawowym opiekunem prawnym ustanowionym:

- postanowieniem Sądu Rejonowego .....

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

**STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji znaczny stopień I grupa inwalidzka całkowita niezdolność do pracy umiarkowany stopień II grupa inwalidzka częściowa niezdolność do pracy lekki stopień III grupa inwalidzkaOrzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest  okresowo do dnia..... bezterminowo**RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** **NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie:** obu kończyn górnych jednej kończyny górnej obu kończyn dolnych jednej kończyny dolnej innym konieczność poruszania się na wózku inwalidzkim brak lub amputacja dłoni lub rąk brak lub amputacja nóg **NARZĄD WZROKU 04-O** osoba niewidoma osoba głuchoniewidoma **NARZĄD SŁUCHU 03-L** osoba głuchoniema**INNE** przyczyny niepełnosprawności wynikające z orzeczenia- proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol: 01- **U** upośledzenie umysłowe 04- **O** choroby narządu wzroku 07- **S** choroby układu oddechowego i krążenia 10- **N** choroby neurologiczne 02- **P** choroby psychiczne 05- **R** choroby narządu ruchu 08- **T** choroby układu pokarmowego 11- **I** inne 03- **L** zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu 06- **E** epilepsja 09- **M** choroby układu moczowo- płciowego 12- **C** całościowe zaburzenia rozwojowe**WNOSKODAWCA ZAMIESZKUJE****Wnioskodawca zamieszkuje** samotnie z innymi osobami**Wnioskodawca zamieszkuje z innymi osobami niepełnosprawnymi** (do wniosku należy załączyć orzeczenia o niepełnosprawności tych osób) tak nie

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

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....
8. ....
9. ....
10. ....

**Miejsce i cel realizacji zadania** (należy uzasadnić, że realizacja wniosku zlikwiduje utrudnienia występujące w budynku i w jego najbliższej okolicy, które z uwagi na rozwiązania techniczne, konstrukcyjne lub warunki użytkowania uniemożliwiają lub utrudniają swobodę ruchu osobom niepełnosprawnym):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

<b>INFORMACJE DOTYCZĄCE KOSZTÓW I CZASU REALIZACJI ZADANIA</b>
Przewidywany koszt realizacji zadania .....
Termin rozpoczęcia realizacji zadania .....
Przewidywany czas realizacji zadania .....
Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek .....
Dotychczasowe źródła finansowania .....
Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania (do 95% kosztów przedsięwzięcia) .....
Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania .....

## INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON				
Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON			Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Numer i data zawarcia umowy	Kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia

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"/>	