

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

**WNIOSEK**  
**OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW**  
**PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**  
**LIKWIDACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ**

**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 przyczyny niepełnosprawności wynikające z orzeczenia- proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol:</b>			
<input type="checkbox"/> 01- U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 04-O choroby narządu wzroku	<input type="checkbox"/> 07- S choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 10- N choroby neurologiczne
<input type="checkbox"/> 02- P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 05- R choroby narządu ruchu	<input type="checkbox"/> 08- T choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 11- I inne
<input type="checkbox"/> 03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	<input type="checkbox"/> 06- E epilepsja	<input type="checkbox"/> 09- M choroby układu moczowo- płciowego	<input type="checkbox"/> 12- C 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. ....

**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 .....	

<b>INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON</b>				
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: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> 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.**

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

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922).**

.....  
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.	Kosztorys lub oferta cenowa dotycząca przedmiotu dofinansowania, wystawione przez sprzedawcę/ usługodawcę.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Dokumentacja potwierdzająca inne źródła finansowania.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	