

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

DANE PODOPIECZNEGO

Imię i nazwisko
Adres zamieszkania
Data urodzenia PESEL

WNIOSKODAWCA JEST:

<input type="checkbox"/> osobą niepełnosprawną
<input type="checkbox"/> przedstawicielem ustawowym
<input type="checkbox"/> opiekunem prawnym ustanowionym:
• postanowieniem Sądu Rejonowego
z dnia sygn. akt
<input type="checkbox"/> 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"/> NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie:			
<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"/> NARZĄD WZROKU 04-O	<input type="checkbox"/> osoba niewidoma	<input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma	
<input type="checkbox"/> NARZĄD SŁUCHU 03-L	<input type="checkbox"/> osoba głuchoniema		
INNE przyczyny niepełnosprawności wynikające z orzeczenia- proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol:			
<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

Wnioskodawca zamieszkuje	<input type="checkbox"/> samotnie	<input type="checkbox"/> z innymi osobami
Wnioskodawca zamieszkuje z innymi osobami niepełnosprawnymi (do wniosku należy załączyć orzeczenia o niepełnosprawności tych osób)		
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		

Przedmiot dofinansowania (rodzaj sprzętu, usługi, urządzenia)

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

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):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INFORMACJE DOTYCZĄCE KOSZTÓW I CZASU REALIZACJI ZADANIA	
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				
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"/>	