

Nr rejestru.....

Data wpływu.....

**WNIOSEK
OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO
FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH ZAKUPU URZĄDZEŃ (WRAZ
Z MONTAŻEM) LUB WYKONANIA USŁUG Z ZAKRESU LIKWIDACJI BARIER W
KOMUNIKOWANIU SIĘ**

1) Imię i nazwisko Wnioskodawcy

NIP..... PESEL

telefon

Adres zamieszkania.....

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

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

6.....

7.....

8.....

9.....

10.....

2). Nazwa banku i numer rachunku bankowego.....

.....

3). Miejsce i cel realizacji zadania (*należy uzasadnić, że realizacja wniosku umożliwi ograniczone lub utrudnione swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji*).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- 4). Przewidywany koszt realizacji zadania
- 5). Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania (maksymalnie 80 %).....
- 6). Termin realizacji zadania.....
- 7). Nakłady dotychczas poniesione przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek.....
- 8). Dotychczasowe źródła dofinansowania.....
- 9). Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), Opiekun prawny lub Pełnomocnik
 Imię i nazwisko.....
 dowód osobisty seria..... nr wydany przez
 nr PESEL..... nr NIP.....
 adres zamieszkania telefon.....
 ustanowiony Opiekunem/Pełnomocnikiem
 postanowieniem Sądu Rejonowego..... z dnia syg.akt.....
 na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza
 na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza
 z dnia.....repet. nr

Informacja o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON			Tak(1) <input type="checkbox"/>	Nie(1) <input type="checkbox"/>
Nr i data zawarcia umowy	Kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia

podpis Wnioskodawcy lub osoby uprawnionej

miejscowość, data

Wymagane załączniki:

1. Zaświadczenie od lekarza specjalisty stwierdzające celowość zakupu, konkretnego sprzętu czy urządzenia lub usług (jeżeli nie ma wskazania w orzeczeniu).
2. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub inne równoważne orzeczenie.
3. Zaświadczenie lekarskie o rodzaju niepełnosprawności jeżeli rodzaj nie jest określony w orzeczeniu (ważne 1 miesiąc)
4. Oświadczenie o dochodach Wnioskodawcy i osób wspólnie zamieszkujących.
5. Informacja o innych źródłach dofinansowania (poza udziałem własnym Wnioskodawcy).
6. Tytuł prawny do lokalu (w koniecznych przypadkach).
7. Potwierdzenie zameldowania
8. Zgoda właściciela na przeprowadzenie likwidacji barier (w koniecznych przypadkach).
9. Zgłoszenie robót budowlanych, które nie wymagają pozwolenia na budowę Wydziale Architektury Starostwa Powiatowego w Policach (w koniecznych przypadkach).

Oświadczenie

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/ny, iż dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji likwidacji barier w komunikowaniu się/technicznych *, poniesionych przed przyznaniem środków i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

podpis Wnioskodawcy lub osoby uprawnionej

(l) właściwe zakreślić

* niepotrzebne skreślić

