

.....  
data wpływu kompletnego wniosku (dzień, miesiąc, rok)

Pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

.....  
nr wniosku

## W N I O S E K

**O dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zakupu sprzętu (wraz z montażem\*) z zakresu likwidacji barier technicznych.**

**Wnioskodawca** (proszę wypełnić drukowanymi literami)

.....syn/córka.....  
imię (imiona) i nazwisko imię ojca

seria.....nr.....wydany w dniu.....przez.....  
dowód osobisty

nr PESEL.....nr NIP.....

miejsceowość.....ulica.....nr domu..... nr lokalu.....  
adres stałego zameldowania

nr kodu.....-..... poczta..... powiat.....

województwo..... nr tel./faxu(z nr kier.).....

**Cel dofinansowania**.....  
należy podać nazwę urządzenia

**Koszt przedsięwzięcia**.....

**Wnioskowana kwota dofinansowania**.....

**Środki własne na realizację zadania (minimum 5%)**.....

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia (wraz z montażem\*), pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł, a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

## Uzasadnienie składanego wniosku

## Informacje o Wnioskodawcy

### Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik (właściwie zaznaczyć)

1. znaczny	
• inwalidzi I grupy,	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji,	
• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
• osoby w wieku do lat 16 (w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat), którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
2. umiarkowany	
• inwalidzi II grupy,	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy,	
• inwalidzi III grupy ze względu na głuchotę lub głuchoniemotę	
3. lekki	
• pozostali inwalidzi III grupy,	
• osoby częściowo niezdolne do pracy,	
• osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

### Rodzaj niepełnosprawności (właściwie zaznaczyć)

1. dysfunkcja narządów ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	
2. inna dysfunkcja narządów ruchu	
3. dysfunkcja narządów wzroku	
4. dysfunkcja narządów słuchu	
5. dysfunkcja narządów mowy	
6. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
7. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

### Sytuacja zawodowa (właściwie zaznaczyć)

1. zatrudniony* / prowadzący działalność gospodarczą*	
2. osoba od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca*	
3. bezrobotny poszukujący pracy* / rencista poszukujący pracy*	
4. rencista* / emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy	
5. dzieci i młodzież do lat 18	

\* niepotrzebne skreślić

**Sytuacja mieszkaniowa (właściwe zaznaczyć)**

1. samotnie	
2. z rodziną	
3. z osobami nie spokrewnionymi	

**Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą ( w tym osoby niepełnosprawne)**

Nazwisko i imię - pokrewieństwo	Niepełnosprawność	
	stopień	Rodzaj
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

**Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (właściwe zaznaczyć)**

1. na likwidację barier technicznych	
1.1 nie korzystałem	
1.2. korzystałem ( w tym ze środków przyznawanych przez WOZiRON)	
a) przedmiot dofinansowania.....	
b) data otrzymania dofinansowania.....	
c) kwota dofinansowania [zł] .....	
2. korzystałem na inne cele ustawowe i rozliczyłem się	
3. korzystałem na inne cele ustawowe i jestem w trakcie rozliczenia	
4. korzystałem i nie rozliczyłem się	

**Informacje o ewentualnym dofinansowaniu z innych źródeł, przeznaczonym na ten sam cel**

.....  
 .....  
 .....

Upředzona/y o odpowiedzialności wynikającej art. 297§ 1,2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r.-Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.

.....  
 (podpis Wnioskodawcy\*/Przedstawiciela ustawowego\*/  
 Opiekuna prawnego\*/Pełnomocnika\*)

**Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), Opiekun prawny, Pełnomocnik\***

.....syn/córka.....  
imię (imiona) i nazwisko ..... imię ojca .....

seria.....nr.....wydany w dniu.....przez.....  
dowód osobisty

nr PESEL.....nr NIP.....

mięscowość.....ulica.....nr domu..... nr lokalu.....  
adres stałego zameldowania

nr kodu.....-..... poczta..... powiat.....

województwo..... nr tel./faxu (z nr kier.).....

ustanowiony Opiekunem\*/Pełnomocnikiem\*.....

\* postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. ....sygn. akt.....

\* na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza.....

z dn. .... repet. nr .....

\* niepotrzebne skreślić

## OŚWIADCZENIE

### o dochodach na osobę w rodzinie wnioskodawcy ubiegającego się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach rehabilitacji społecznej

Ja niżej podpisany.....

Imię i Nazwisko Wnioskodawcy (lub w przypadku osób nieletnich, czy osób ubezwłasnowolnionych - prawnego opiekuna)

zamieszkały/a.....ulica.....

nr domu..... nr mieszkania.....oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

#### Dane dotyczące wnioskodawcy

Imię	Nazwisko	Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą	Dochód miesięczny
		X	

#### Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego

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

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 wyniósł:

.....zł

.....  
miejscowość i data

.....  
podpis Wnioskodawcy lub prawnego opiekuna

**ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON DO LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH, TECHNICZNYCH I W KOMUNIKOWANIU SIĘ ORAZ DO ZAOPATRZENIA W SPRZĘT REHABILITACYJNY.**

Imię .....

Nazwisko ..... data ur. ....

Miejsce zamieszkania: ul..... Siemianowice Śl.

Cel dofinansowania:  
.....

\*\*\*\*\*  
**Druk prosimy wypełnić czytelnie, wyłącznie w języku polskim.**  
\*\*\*\*\*

**OPINIA LEKARZA – SPECJALISTY, PSYCHOLOGA, PEDAGOGA SZKOLNEGO LUB PORADNI PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNEJ.**

1. Opis ograniczeń funkcji organizmu:
- a) wzrok:.....  
.....  
.....  
.....  
.....
  - b) słuch:.....  
.....  
.....  
.....
  - c) mowa:.....  
.....  
.....  
.....
  - d) ruch:.....  
.....  
.....  
.....
  - e) inne, jakie:.....  
.....  
.....  
.....  
.....

