

.....
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 w komunikowaniu się.

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.....

miejsowość.....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	

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 w komunikowaniu się:	
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:.....
.....
.....
.....

2. Opisać/ uzasadnić, że wnioskowany przedmiot dofinansowania umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem.

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

3. Czy przedmiot dofinansowania wymaga specjalnego przystosowania na potrzeby wnioskodawcy w związku z dysfunkcją organizmu?, jeżeli tak to uzasadnić:

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

4. Zalecenia wynikające z orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub innego orzeczenia traktowanego na równi w myśl ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych dn. 27 sierpnia 1997r. z późn. zm.) :

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

.....
Data, podpis i pieczęć

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w związku ze składanym wnioskiem, w myśl art. 23 ust. 1 pkt. 4 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. 2002 r. Nr 101 poz. 926).

.....
Data i podpis wnioskodawcy