

...../...../.....
powiat rok złożenia nr wniosku

program likwidacji barier 20.....,

/wypełnia pracownik PCPR/

.....
data wpływu

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych zakupu urządzeń (montażu) lub wykonanie usług z zakresu
likwidacji barier w komunikowaniu się w związku z indywidualnymi potrzebami
osoby niepełnosprawnej

Wnioskodawca /osoba niepełnosprawna/

.....syn/córka*.....

imię i nazwisko

imiona rodziców wnioskodawcy

seria i nr dowoduwydany w dniu..... przez.....

..... nr PESEL.....

miejsowość..... ulica.....nr.....
/aktualny adres zameldowania/

nr

kodu.....pocztą.....powiat.....

województwo.....nr telefonu.....

konto bankowe

Proszę o dofinansowanie
podać nazwę urządzeń/lub usługi

w łącznej wysokości.....(słownie.....)

co stanowi% ceny brutto, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł.

/dofinansowanie do 95% wartości/

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuje się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzeń wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł, a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

Uzasadnienie składanego wniosku

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

I. Niepełnosprawność – stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik zgodnie z orzeczeniem ⁽¹⁾ * niepotrzebne skreślić

⁽¹⁾proszę wstawić znak x we właściwej rubryce lub właściwie zaznaczyć

pierwsza grupa (znaczny stopień niepełnosprawności)	
druga grupa (umiarkowany stopień niepełnosprawności)	
trzecia grupa (lekki stopień niepełnosprawności)	
dziecko do 16 roku życia z orzeczoną niepełnosprawnością	

II. Rodzaje niepełnosprawności ⁽¹⁾

* niepotrzebne skreślić

⁽¹⁾proszę wstawić znak x we właściwej rubryce lub właściwie zaznaczyć

dysfunkcja narządu ruchu z możliwością samodzielnego poruszania się na wózku inwalidzkim	
dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim przy pomocy innych osób	
osoby z dysfunkcją narządu ruchu poruszające się przy pomocy kul, balkonika	
osoby z dysfunkcją narządu ruchu leżące bez możliwości poruszania się,	
dysfunkcja narządu ruchu, osoby poruszające się samodzielnie bez pomocy osób trzecich i przyrządów	
dysfunkcja narządu wzroku	
dysfunkcja narządu słuchu lub mowy	
deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe) inne psychiczne	
pozostałe wraz ze schorzeniami sprzężonymi	

III. Sytuacja zawodowa wnioskodawcy ⁽¹⁾

* niepotrzebne skreślić

⁽¹⁾proszę wstawić znak x we właściwej rubryce lub właściwie zaznaczyć

czynny zawodowo lub prowadzący działalność gospodarczą	
młodzież powyżej 18 lat ucząca się lub studiująca	
nie zatrudniony poszukujący pracy/ bezrobotny (rencista)	
dzieci i młodzież do 18 lat	
nie zatrudniony nie zainteresowany podjęciem pracy (rencista/emeryt)	

IV. Zamieszkiwanie – wnioskodawca zamieszkuje ⁽¹⁾

* niepotrzebne skreślić

⁽¹⁾proszę wstawić znak x we właściwej rubryce lub właściwie zaznaczyć

samotnie	
z rodziną	
w tym z osobami niepełnosprawnymi	

z osobami niespokrewnionymi	
w tym z osobami niepełnosprawnymi	

V. Wnioskodawca i osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą **

Lp.	Osoba: Imię i Nazwisko	Pokrewieństwo	Dochód netto
1.		WNIOSKODAWCA	
2.			
3.			
4.			
5.			

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

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

****Do najbliższej rodziny pozostającej we wspólnym gospodarstwie domowym, zalicza się obok Wnioskodawcy:**

- dzieci/rodziców Wnioskodawcy
- współmałżonka Wnioskodawcy
- wnioskodawca pozostający w związku małżeńskim lub samotnie i zamieszkujący razem ze swoim rodzicami/dziećmi w przypadku prowadzenia wspólnego gospodarstwa domowego/ inne w przypadku prowadzenia wspólnego gospodarstwa domowego.

VI. Dotychczasowe korzystanie ze środków funduszu PFRON ⁽¹⁾

* niepotrzebne skreślić

⁽¹⁾proszę wstawić znak x we właściwej rubryce lub właściwie zaznaczyć

Nie korzystanie z dofinansowania ze środków PFRON	
korzystanie – likwidacja barier architektonicznych (podać rok)	
korzystanie – likwidacja barier technicznych (podać rok)	
korzystanie – likwidacja barier w komunikowaniu się (podać rok)	
korzystanie na inne cele ustawowe (podać rok)	

VII. Informacje o ewentualnym dofinansowaniu z innych źródeł, przeznaczonych na ten cel.....

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam pod odpowiedzialnością karną przewidzianą w art. 233 §1 i §2 Kodeksu Karnego (Dz. U. z 97r., Nr 88, poz. 553) za zeznanie nieprawdy lub zatajeniu prawdy).

Wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych PCPR w Bielsku-Białej w celu realizacji procedury dofinansowania likwidacji barier w komunikowaniu się – ustawa o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 i Nr 153, poz. 1271).

.....

(podpis Wnioskodawcy/Przedstawiciela ustawowego/Opiekuna/Pełnomocnika

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

.....syn/córka*.....
IMIĘ I NAZWISKO IMIONA RODZICÓW

seria i nr dowodu osobistegowydany w dniu.....

przez..... PESEL.....

miejscowość..... ulica..... nr.....

...../aktualny adres zameldowania/.....

nr
kodu.....pocztą.....powiat.....

województwo.....telefon.....

ustanowiony Opiekunem/Pełnomocnikiem

postanowienie Sądu Rejonowegoz dn.sygn. akt.....

na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez. Notariusza

z dn.repet. nr.....

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik.
2. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub jego odpowiednik osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą w przypadku takich osób.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności – oddzielny załącznik do wniosku, w załączeniu
4. Zgoda właściciela budynku lub lokalu, na montaż wnioskowanego urządzenia jeśli zgoda jest wymagana.
5. Oferta cenowa wnioskowanego urządzenia lub wykonanie usług z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się w związku z indywidualnymi potrzebami osoby niepełnosprawnej lub rachunek proforma powyższego (w przypadku zestawu komputerowego oferta winna zawierać licencjonowany program operacyjny)
6. Opinia lub inny dokument ze szkoły (dzieci i młodzież ucząca się) o konieczności korzystania ze sprzętu (zestawy komputerowe)
7. Inne jeżeli będą potrzebne do weryfikacji wniosku i podjęcia decyzji w sprawie dofinansowania.

Uwaga!

Prosimy o staranne i czytelne wypełnienie wniosku. Obejmuje on zestaw zagadnień, których znajomość jest niezbędna do przeprowadzenia kompleksowej oceny wniosku i podjęcia właściwej decyzji. Proszę o wypełnienie wszystkie rubryki ewentualnie wpisać „Nie dotyczy” lub wstawić kreskę /-/. W przypadku gdy w formularzu Wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr 1,2” czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryki formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza. Sam fakt złożenia wniosku nie gwarantuje otrzymania dofinansowania ze środków PFRON. Od negatywnego rozpatrzenia wniosku nie przysługuje odwołanie

Adnotacje przyjmującego wniosek:

.....

.....

.....
data i podpis

Załącznik do formularza wniosku zakupu urządzeń (montażu) lub wykonanie usług z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się w związku z indywidualnymi potrzebami osoby niepełnosprawnej

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

.....

Data urodzenia (PESEL)

1. Rodzaj niepełnosprawności lub dysfunkcji (niepełnosprawność wnioskodawcy dotyczy)*

dysfunkcja narządu ruchu z możliwością samodzielnego poruszania się na wózku inwalidzkim	
dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim przy pomocy innych osób	
osoby z dysfunkcją narządu ruchu poruszające się przy pomocy kul, balkonika itp.	
osoby z dysfunkcją narządu ruchu leżące bez możliwości poruszania się	
dysfunkcja narządu ruchu, osoby poruszające się samodzielnie bez pomocy osób trzecich i przyrządów	
dysfunkcja narządu wzroku	
dysfunkcja narządu słuchu lub mowy	
deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe) inne psychiczne	
pozostałe wraz ze schorzeniami sprzężonymi	

2. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, inny sprzęt pomocniczy i ewentualne potrzeby w tym zakresie:

.....
.....

3. Uzasadnienie potrzeby likwidacji barier w komunikowaniu się

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

.....

(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* właściwe zaznaczyć

