

...../...../.....
numer kolejny wniosku/powiat/rok złożenia wniosku

.....
pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

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

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych i w komunikowaniu się dla osoby niepełnosprawnej

A. Dane dotyczące wnioskodawcy (wypełnić drukowanymi literami)

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

seria nr wydany w dniu przez
dowód osobisty

data urodzenia nr PESEL nr tel

nr kodu-..... poczta województwo/powiat/
dokładny adres

miejsowość ulica nr domu nr lokalu

Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□

Proszę o dofinansowanie
należy podać nazwę urządzenia (ewentualny montaż), rodzaj usługi

.....
.....

Miejsce realizacji zadania

Przewidywany koszt realizacji zadania.....zł.

Termin rozpoczęcia.....

Przewidywany czas realizacji zadania ⁽¹⁾: 1 miesiąc 2 miesiące 3 miesiące inny.....

Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego
miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z dotychczasowymi źródłami finansowania:

cyfrą: (słownie: zł)

.....

Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania wynosi.....zł.

(słownie:

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

.....
(1) wstaw x we właściwej rubryce

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

Krótkie uzasadnienie składanego wniosku

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Informacje o Wnioskodawcy

I. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik⁽¹⁾

1.	znaczny	
•	inwalidzi I grupy,	
•	osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji,	
•	osoby o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny (orzeczenie wydane przed 1 stycznia 1998r.)	
•	osoby w wieku do lat 16, zaliczone do osób niepełnosprawnych, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
2.	umiarkowany	
•	inwalidzi II grupy,	
•	osoby całkowicie niezdolne do pracy,	
3.	lekki	
•	inwalidzi III grupy,	
•	osoby częściowo niezdolne do pracy	
•	osoby o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym (orzeczenie wydane przed 1 stycznia 1998r.)	

II. Rodzaj niepełnosprawności⁽¹⁾

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

III. Sytuacja zawodowa⁽¹⁾

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

(1) wstaw x we właściwej rubryce
* niepotrzebne skreślić

IV. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym wraz z wnioskodawcą

Lp	Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą (nie należy wpisywać imion i nazwisk osób)	Rok urodzenia	Stopień i rodzaj niepełnosprawności	
			stopień ⁽²⁾	rodzaj ⁽³⁾
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				

V. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Czy wnioskodawca korzystał (w ciągu ostatnich 3 lat licząc od roku poprzedzającego rok złożenia wniosku) ze środków PFRON:				
TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>				
- w ramach likwidacji barier technicznych:				
TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>				
- w ramach likwidacji barier w komunikowaniu się:				
TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>				
Cel (nazwa zadania ustawowego oraz/ lub nazwa programu, w ramach którego przyznana została pomoc – przedmiot dofinansowania)	Nr i data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Termin rozliczenia	Kwota rozliczona

VI. Deklarowany udział własny wnioskodawcy i/lub sponsora

Źródła finansowania zadania : we własnym zakresie inne (jakie?)

1. deklarowany przez wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania - ponad obowiązkowe 5%	%
2. deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania	%

(1) wstaw x we właściwej rubryce

(2) wstaw właściwe oznaczenia cyfrowe z tabeli I.

(3) wstaw właściwe oznaczenia cyfrowe z tabeli II.

* niepotrzebne skreślić

*

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłam/em stroną umowy zawartej z PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych.

Upředzona/y o odpowiedzialności za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i uchwaleniu planu finansowego na rok bieżący przez Radę Powiatu Mińskiego.

*

.....
czytelny podpis

Wnioskodawcy/ przedstawiciela ustawowego/
opiekuna prawnego /pełnomocnika*

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik

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

seria nr wydany w dniu przez
dowód osobisty

data urodzenia nr PESEL nr tel

nr kodu-..... poczta województwo/powiat/
dokładny adres

miejsowość ulica nr domu nr lokalu

ustanowiony opiekunem*/pełnomocnikiem*
(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. ... sygn. akt*/ na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza ... z dn. ... repert. nr ...)

Załączniki do wniosku:

- kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych lub w przypadku dziecka kopię orzeczenia o zaliczeniu do osób niepełnosprawnych,
- orzeczenia o niepełnosprawności osób prowadzących wspólne gospodarstwo domowe z wnioskodawcą,
- aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające, że likwidacja barier uzasadniona jest potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności, (załącznik nr 1)
- oświadczenie o dochodach netto za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wnioskodawcy i osób prowadzących wspólne gospodarstwo domowe z wnioskodawcą, (załącznik nr 2)
- oferta cenowa lub kosztorys na zakup urządzenia, (ewentualny montaż), rodzaj usługi,
- kopia dokumentu potwierdzającego prawo występowania w imieniu osoby niepełnosprawnej (np. jako: opiekun prawny, pełnomocnik)
- w przypadku dziecka pismo ze szkoły/placówki/instytucji popierające złożony wniosek, (załącznik nieobowiązkowy)

oraz do wglądu :

- dowód osobisty wnioskodawcy,

* niepotrzebne skreślić

B. Adnotacje przyjmującego wniosek (wypełnia Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie)

.....

.....

.....

.....

I. Ocena zasadności wniosku

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(data i podpis)

II. Decyzja o przyznaniu dofinansowania

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(data i podpis)

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**DOTYCZĄCE ZASADNOŚCI LIKWIDACJI BARIER
TECHNICZNYCH I W KOMUNIKOWANIU SIĘ**

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Adres.....

Rodzaj schorzenia:

.....
.....

Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:.....

.....
.....

Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny:.....

.....
.....

Pacjent wymaga likwidacji barier technicznych i w komunikowaniu się.

Zalecany sprzęt/urządzenie stosowny do potrzeb wynikających z niepełnosprawności:.....

.....
.....

Uzasadnienie potrzeby likwidacji barier technicznych i w komunikowaniu się :.....

.....
.....

.....
.....

.....
miejsowość, data

.....
pieczęćka i podpis lekarza

OŚWIADCZENIE

Wnioskodawcy o dochodach we wspólnym gospodarstwie domowym

Imię i nazwisko Wnioskodawcy

Adres zamieszkania

Oświadczam, iż moje wspólne gospodarstwo domowe, tworzą następujące osoby:

Lp.	Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą	Rok urodzenia	Dochód *miesięczny / netto /	
			Rodzaj dochodu** lub liczba hektarów przeliczeniowych	wysokość
1.	W N I O S K O D A W C A			
2.	UWAGA! Nie należy wpisywać imion i nazwisk osób, z którymi prowadzi się wspólne gospodarstwo domowe. Należy podać tylko ich rok urodzenia, stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą i dochód miesięczny.			
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
Ja bądź moi członkowie rodziny pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym posiadają gospodarstwo rolne <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK				
Łączny przeciętny miesięczny dochód rodziny /netto/:				

Oświadczam, że ja bądź moi członkowie rodziny pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym:

1) pobierają świadczenia z ośrodka pomocy społecznej NIE TAK (jakie?).....

Oświadczam, że w **kwartale poprzedzającym** miesiąc, w którym składany jest wniosek **przeciętny miesięczny dochód***** przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym

wyniósł: złotych.

Oświadczam, że znana jest mi odpowiedzialność karna za składanie fałszywych zeznań, przewidziana w art. 233 K.k. zgodnie z którym za złożenie fałszywych zeznań grozi kara pozbawienia wolności do lat 3, jak również znana jest mi treść art. 297 K.k.

.....
data

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy/ przedstawiciela ustawowego/
opiekuna prawnego / pełnomocnika

* Jest to średni miesięczny dochód z kwartału poprzedzającego miesiąc złożenia wniosku w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składką z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób.

** Np.: praca, działalność gospodarcza, gospodarstwo rolne, renta, emerytura, itp., lub uczeń, student, brak dochodu.

*** Dochód łączny należy podzielić przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

UWAGA! Świadczenie pielęgnacyjne, zasiłek pielęgnacyjny, rodzinny i wychowawczy nie jest dochodem w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych.