

Nr sprawy: .....

Data wpływu kompletnego wniosku .....

## WNIOSEK

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

( wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)

#### 1. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY.

(proszę wypełnić drukowanymi literami)

.....  
( imię i nazwisko )

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

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

miejsowość .....  
( podać dokładny adres zamieszkania z kodem, ulicą nr domu i nr lokalu )

..... nr telefonu .....

#### 2. DANE DOTYCZĄCE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (DLA MAŁOLETNIEGO WNIOSKODAWCY), OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA.

.....  
( imię i nazwisko )

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

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

miejsowość .....  
( podać dokładny adres zamieszkania z kodem, ulicą nr domu i nr lokalu )

..... nr telefonu .....

### **3. OŚWIADCZENIE O DOCHODZIE ORAZ O LICZBIE OSÓB POZOSTAJĄCYCH WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM:**

Niniejszym 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:.....zł.

Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:.....

### **4. DANE DOTYCZĄCE PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA**

**Przedmiot dofinansowania** .....  
(należy podać nazwę sprzętu)

**Przewidywany koszt realizacji zadania** ..... zł  
(słownie: ..... zł)

**Wnioskowana kwota dofinansowania** .....zł  
(słownie.....zł)

Do 95% ceny brutto, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł.

**Planowy termin rozpoczęcia zadania** .....  
(data)

**Przewidywany czas realizacji zadania** .....

**Miejsce realizacji zadania (adres, gdzie będzie używany przedmiot dofinansowania)**

.....

**Cel dofinansowania (uzasadnienie składanego wniosku)**

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

## 5. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY

### I Stopień niepełnosprawności<sup>1</sup>

1.	znaczny, inwalidzi I grupy, osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie domowym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny, dzieci w wieku do lat 16 posiadające orzeczenie o niepełnosprawności	
2.	umiarkowany, inwalidzi II grupy, osoby całkowicie niezdolne do pracy	
3.	lekki, inwalidzi III grupy, osoby częściowo niezdolne do pracy, osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

### II Rodzaj niepełnosprawności<sup>2</sup>

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 Osoby niepełnosprawne pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą

Należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Niepełnosprawność	
	Stopień	Rodzaj
1.		
2.		
3.		
4.		

### IV Sytuacja zawodowa<sup>3</sup>

1) zatrudniony* / poszukujący pracy*	
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* nie zainteresowany podjęciem pracy	
5) dzieci i młodzież do lat 18	
6) inne .....	

\* niepotrzebne skreślić

<sup>1</sup> proszę wstawić X we właściwej rubryce

<sup>2</sup> proszę wstawić X we właściwej rubryce

<sup>3</sup> proszę wstawić X we właściwej rubryce

**6. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW FINANSOWYCH PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu 3 lat licząc od dnia złożenia wniosku				Tak: <input type="checkbox"/> Nie: <input type="checkbox"/>
Cel (nazwa zadania w ramach, którego przyznana została pomoc)	Nr i data zawarcia umowy	Kwota	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia
				<i>rozliczyłem(am) się* jestem w trakcie rozliczenia* nie rozliczyłem(am) się*</i>
				<i>rozliczyłem(am) się* jestem w trakcie rozliczenia* nie rozliczyłem(am) się*</i>
				<i>jestem w trakcie rozliczenia* jestem w trakcie rozliczenia* nie rozliczyłem(am) się*</i>

**7. INFORMACJA O EWENTUALNYCH INNYCH ŹRÓDŁACH FINANSOWANIA ZADANIA**

.....

.....

.....

**8. INFORMACJA O OGÓLNEJ WARTOŚCI NAKŁADÓW DOTYCHCZAS PONIESIONYCH PRZEZ WNIOSKODAWCĘ NA REALIZCJĘ ZADANIA DO KOŃCA MIESIĄCA POPRZEDZAJĄCEGO MIESIĄC, W KTÓRYM SKŁADANY JEST WNIOSEK WRAZ Z PODANIEM DOTYCHCZASOWYCH ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA**

.....

.....

.....

\* *niepotrzebne skreślić*

## 9. NAZWA BANKU I NUMER RACHUNKU BANKOWEGO

.....

### 10. OŚWIADCZAM, ŻE:

- a) nie mam zaległości wobec PFRON,
- b) w ciągu trzech lat od daty złożenia niniejszego wniosku nie byłam/em stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
- c) w okresie ostatnich 3 lat nie uzyskałam(em) dofinansowania ze środków PFRON do likwidacji barier w komunikowaniu się,
- d) posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakresie wnioskowanego sprzętu (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – co najmniej 5 % ceny brutto sprzętu),
- e) przyjmuję do wiadomości, iż dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu,
- f) powyższe dane są zgodne z prawdą i jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- g) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922 z późn. zm.) w związku z ubieganiem się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się.

.....  
(czytelny podpis Wnioskodawcy\*/Przedstawiciela ustawowego\*/Opiekuna Prawnego)

\* *niepotrzebne skreślić*

### Załączniki do wniosku:

1. Aktualny dokument stwierdzający niepełnosprawność (orzeczenie) – poświadczony za zgodność z oryginałem.
2. Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym (poświadczonego za zgodność z oryginałem) – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny.
3. Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności wg wzoru dołączonego do formularza wniosku (**ważne 3 miesiące od daty wystawienia**) zawierające informację:
  - o rodzaju niepełnosprawności, jeżeli nie jest określona w orzeczeniu,
  - o konieczności posiadania wnioskowanego sprzętu celem likwidacji barier w komunikowaniu się.
4. Opinia specjalisty lub inny dokument potwierdzający konieczność zakupu wnioskowanego sprzętu – o ile dotyczy.
5. Zaświadczenie ze szkoły o kontynuowaniu nauki – w wymaganych przypadkach.
5. Oferta cenowa lub faktura proforma.
6. Dokument zawierający informację o innych źródłach finansowania zadania – o ile dotyczy.

## WYPEŁNIA PCPR

### Decyzja o przyznaniu dofinansowania

Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Iławie rozpatrzył wniosek pozytywnie/negatywnie i przyznaje/nie przyznaje dofinansowanie ze środków PFRON w kwocie .....zł słownie złotych ..... w ramach likwidacji barier w komunikowaniu się dla osób fizycznych.

.....  
data

.....  
podpis i pieczęć Dyrektora PCPR

(stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej)

Załącznik do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier w komunikowaniu się

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

**Wydane na potrzeby PCPR**

**Imię i nazwisko pacjenta**.....

**Data urodzenia**.....**PESEL**.....

**1. Rozpoznanie choroby zasadniczej**.....

.....

**2. Opis schorzenia będącego przyczyną niepełnosprawności**

.....

.....

.....

**3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące**

.....

.....

.....

**4. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny**

.....

.....

**5. Konieczność realizacji zadań zmierzających do usunięcia barier w komunikowaniu się, które umożliwią lub w znacznym stopniu ułatwią osobie niepełnosprawnej kontakt z otoczeniem \***

**TAK** (uzasadnić)

.....

.....

**NIE**

.....

Data

.....

Pieczątką i podpis lekarza

\* właściwe zaznaczyć