

.....  
/ numer kolejny wniosku/

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

/pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek/

## W N I O S E K

### o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych

**Dane dotyczące Wnioskodawcy (proszę wypełnić drukowanymi literami)**

..... 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 .....  
dokładny adres

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

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

**Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik**

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

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

nrPESEL ..... nr NIP .....

mięscowość ..... ulica .....nr domu .....nr lokalu .....  
dokładny adres

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\*

1. Proszę o dofinansowanie zakupu

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

*/należy podać nazwę urządzenia (ewentualny montaż), rodzaj usługi/*

2. Koszt całkowity realizacji zadania zł. brutto.....(słownie: .....

.....)

3. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania z PFRON zł .....(słownie:.....

.....)

co stanowi .....% w stosunku do kosztu całkowitego

4. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł dofinansowania.

.....  
.....

5. Czy Wnioskodawca ma zaległości w terminowym regulowaniu wymagalnych zobowiązań wobec Funduszu, lub był stroną umowy rozwiązanej z przyczyny Wnioskodawcy:      TAK\*                      NIE\*

.....  
.....

6. Termin rozpoczęcia i czas realizacji zadania.....

.....  
.....

7. Miejsce realizacji zadania.....

8. Cel dofinansowania- krótkie uzasadnienie składanego wniosku .....

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

9. Nazwa banku i numer rachunku bankowego.....

.....

10. Deklarowany udział własny Wnioskodawcy lub sponsora

1. deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania - ponad obowiązkowe 20%	%
2. deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania / w przypadku korzystania dołączyć udokumentowaną dokumentację/	%

niepotrzebne skreślić\*

**11. Informacja o kwotach przyznanych wcześniej ze środków PFRON**

Wyszczególnienie	Numer umowy, data przyznania dofinansowania	kwota w zł.	Stan rozliczenia
1. na likwidację barier technicznych			
2. korzystałem na inne cele ustawowe lub programy celowe jakie:			

**12. Stopień niepełnosprawności**

<b>1. Znaczny,</b>	
a) inwalidzi I grupy	
b) osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
d) osoby w wieku do lat 16	
<b>2. Umiarkowany,</b>	
a) inwalidzi II grupy	
b) osoby całkowicie niezdolne do pracy,	
<b>3. Lekki,</b>	
a) inwalidzi III grupy,	
b) osoby częściowo niezdolne do pracy,	
<i>l) wstawić X we właściwej rubryce</i>	

**13. Rodzaj niepełnosprawności**

1.	dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim, wrodzony brak lub amputacja dłoni lub rąk	
2.	inna dysfunkcja narządu ruchu	
3.	dysfunkcja narządu wzroku	
4.	dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
5.	deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6.	niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
<i>l) wstawić X we właściwej rubryce</i>		

**14. Sytuacja zawodowa**

1.	Zatrudniony* /prowadzący działalność gospodarczą*	
2.	Rencista*, emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy	
3.	Bezrobotny poszukujący pracy*/rencista poszukujący pracy*	
4.	Osoba w wieku od 16 do 25 lat /ucząca się*, studiująca *	
5.	Dzieci do lat 16	

*l) wstawić X we właściwej rubryce, niepotrzebne skreślić\**

**15. Dane informacyjne o Wnioskodawcy**

a) wykształcenie	Zaznacz właściwe	b) rodzaj źródła utrzymania	zaznacz właściwe
1. niepełne podstawowe		1. wynagrodzenie za pracę	
2. podstawowe		2. przychody z działalności gospodarczej	
3. gimnazjalne		3. alimenty	
4. zawodowe		4. renta stała, emerytura	
5. średnie ogólnokształcące		5. renta okresowa	
6. średnie zawodowe		6. renta szkoleniowa	
7. policealne		7. zasiłek dla bezrobotnych	
8. wyższe licencjackie		8. zasiłek socjalny	
9. wyższe		9. stypendium	
10. podyplomowe		10. alimenty/inne	

*l) wstawić X we właściwej rubryce*

niepotrzebne skreślić\*

**Załączniki do wniosku:**

1. Kopię orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt. 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz. 776 z późniejszymi zmianami).
2. Kopię orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku występowania takich osób.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju schorzenia będącego przyczyną niepełnosprawności lub stopnia niepełnosprawności.
4. Oświadczenie o dochodach Wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą.
5. Udokumentowaną informację o własnych i innych źródłach finansowania zadania lub oświadczenie, że Wnioskodawca posiada własne środki finansowe na dopłatę udziału własnego.
6. Oferty cenowe sprzętu .
7. Inne dokumenty wymagane przez PCPR

- .....
- .....
- .....

**Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań zgodnie z art. 233 § 1 K.K., 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.**

.....  
/miejsowość, data/

.....  
(podpis Wnioskodawcy\*, przedstawiciela ustawowego\*  
opiekuna prawnego\* pełnomocnika\*)'

**Oświadczam, że:**

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Pile, Al. Niepodległości 37, dla potrzeb związanych z dofinansowaniem ze środków PFRON.
2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
3. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania oraz ich usunięcia.

.....  
(podpis Wnioskodawcy\*, przedstawiciela ustawowego\*  
opiekuna prawnego\* pełnomocnika\*)'

## O Ś W I A D C Z E N I E

**Wnioskodawcy o dochodach do wniosku o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się ze środków PFRON.**

Ja niżej podpisany(a).....

zamieszkały(a).....

niniejszym oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 28 listopada 2003r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. Nr 228 poz. 2255 z 2003r. z późn. zmianami), podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku,

wyniósł.....zł

Osoby we wspólnym gospodarstwie domowym	Imię, Nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Przeciętny dochód miesięczny
Składający oświadczenie			
1.			
2.			
3.			
4			
5			
6			
RAZEM			

**Świadomy (a) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań zgodnie z art. 233 § 1 KK, prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.**

.....data.....  
(miejscowość)

.....  
(podpis Wnioskodawcy)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
(prosimy wypełniać czytelnie w języku polskim)

**UWAGA: ZAŚWIADCZENIE DLA CELÓW POMOCY SPOŁECZNEJ**

Imię i nazwisko:
PESEL:
Adres:

**Rozpoznanie choroby zasadniczej:**

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

**Trudności w poruszaniu się:**

.....

.....

.....

.....

**Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne (aktualnie używane przez osobę) [zaznaczyć właściwe]**

- oprotezowanie / zaaparatowanie kończyn górnych / dolnych (jednostronne, obustronne)
- wózek inwalidzki
- kule łokciowe
- inne .....

**Potrzeby osoby w zakresie likwidacji barier technicznych:**

.....

.....

.....

.....

.....  
Data

.....  
pieczętka i podpis lekarza