

Data wpływu:

Nr sprawy:

Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych**WNIOSEK****o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych****Część A – DANE WNIOSKODAWCY****DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	mężczyzna    kobieta

**ADRES ZAMIESZKANIA**

Nazwa pola	Wartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

<b>Rodzaj miejscowości:</b>	miasto wieś
<b>Nr telefonu:</b>	
<b>Adres e-mail:</b>	

**ADRES KORESPONDENCYJNY**

Taki sam jak adres zamieszkania

<b>Nazwa pola</b>	<b>Wartość</b>
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Gmina:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	

**DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**

<b>Nazwa pola</b>	<b>Wartość</b>
<b>Imię:</b>	
<b>Drugie imię:</b>	
<b>Nazwisko:</b>	
<b>PESEL:</b>	
<b>Data urodzenia:</b>	
<b>Płeć:</b>	mężczyzna    kobieta

**ADRES ZAMIESZKANIA**

<b>Nazwa pola</b>	<b>Wartość</b>
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	

<b>Gmina:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	
<b>Nr telefonu:</b>	
<b>Adres e-mail:</b>	
<b>Rodzaj miejscowości:</b>	miasto wieś

### STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Wartość
<b>Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:</b>	tak nie
<b>Stopień niepełnosprawności:</b>	Znaczny Umiarkowany Lekki Nie dotyczy
<b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>	bezterminowo okresowo – do dnia:
<b>Numer orzeczenia:</b>	
<b>Grupa inwalidzka:</b>	I grupa II grupa III grupa nie dotyczy
<b>Niezdolność:</b>	Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny Osoby całkowicie niezdolne do pracy Osoby częściowo niezdolne do pracy Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym Nie dotyczy

<p><b>Rodzaj niepełnosprawności:</b></p>	<p>01-U – upośledzenie umysłowe                  02-P – choroby psychiczne                  03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu                      osoba głucha                      osoba głuchoniema                  04-O – narząd wzroku                      osoba niewidoma                      osoba głuchoniewidoma                  05-R – narząd ruchu                      wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego                      dysfunkcja obu kończyn górnych                  06-E – epilepsja                  07-S – choroby układu oddechowego i krążenia                  08-T – choroby układu pokarmowego                  09-M – choroby układu moczowo-płciowego                  10-N – choroby neurologiczne                  11-I – inne                  12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe</p>
<p><b>Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:</b></p>	<p>Tak                  Nie</p>
<p><b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b></p>	<p>2 przyczyny                  3 przyczyny</p>

## ŚREDNI DOCHÓD

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

indywidualne    wspólne

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:**

**Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:**

**w tym liczba osób niepełnosprawnych:**

## KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

**Na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych ze środków finansowych PFRON:**

nie korzystałem  
 korzystałem

**CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON**

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

**Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU****PRZEDMIOT WNIOSKU**

Nazwa pola	Wartość
<b>Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:</b>	
<b>Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):</b>	
Słownie:	
<b>Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:</b>	
Słownie:	
<b>co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:</b>	
<b>Deklarowane środki własne:</b>	
<b>Inne źródła finansowania:</b>	
<b>Cel dofinansowania i uzasadnienie:</b>	

**WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER**

Nazwa pola	Wartość
<b>Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:</b>	
<b>Miejsce realizacji zadania:</b>	

<b>Termin rozpoczęcia:</b>	
<b>Przewidywany czas realizacji:</b>	

### OPIS PONIESIONYCH NAKŁADÓW

Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania

### FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Wartość
<b>Właściciel konta (imię i nazwisko):</b>	
<b>Nazwa banku:</b>	
<b>Nr rachunku bankowego:</b>	

W kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)  
Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

### Część C – Dane dodatkowe

#### SYTUACJA ZAWODOWA

Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą  
Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca  
Bezrobotny poszukujący pracy  
Rencista poszukujący pracy  
Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy  
Dzieci i młodzież do lat 18  
Inne / jakie?

#### OŚWIADCZENIE

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.

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

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia 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.

**Uprowadzony/uprowadzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Przepisy wprowadzające Kodeks karny - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

<i>Miejscowość</i>	<i>Data</i>	<i>Podpis Wnioskodawcy</i>

**ZAŁĄCZNIKI:**

1. 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
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, uzasadniające konieczność likwidacji barier
4. Oferta cenowa wnioskowanego sprzętu (faktura PRO-FORMA).





Miejscowość dn.....

.....  
/pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej/

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Zaświadczam, że Pan/i

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Nr PESEL.....

Seria i nr dowodu osobistego.....

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

(opisać rodzaj niepełnosprawności uzasadniający konieczność likwidacji barier)

.....  
Pieczętka i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie