

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w

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

.....
pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

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

WNIOSEK

o przyznanie dofinansowania zakupu urządzeń (wraz z montażem) lub wykonania usług z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych.

Uwaga, przed wypełnieniem wniosku proszę zapoznać się z zasadami i procedurami udzielania osobie fizycznej dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na likwidację barier w komunikowaniu się i technicznych

Wnioskodawca *(proszę wypełnić drukowanymi literami)*

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

seria nr wydany w dniu przez
dowód osobisty

nr PESEL nr NIP

miejscowość ulica nr domu nr lokalu

nr kodu ...- poczta powiat

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

Proszę o dofinansowanie*/ sfinansowanie*

należy podać nazwę urządzenia (ewentualny montaż), rodzaj usługi

.....
.....

o łącznej wysokości zł

słownie zł

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

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie 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.

(1) proszę wstawić znak X we właściwej rubryce

* niepotrzebne skreślić

Krótkie uzasadnienie składanego wniosku: *(wypełnić)*

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

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 stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
• Osoby w wieku do lat 16 (w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat), którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
2. Umiarkowany	
• Osoby całkowicie niezdolne do pracy,	
• Inwalidzi II grupy,	
• Inwalidzi III grupy ze względu na głuchotę i głuchoniemotę	
3. Lekki	
• pozostali inwalidzi III grupy	
• osoby częściowo niezdolne do pracy,	
• osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

II. Rodzaj niepełnosprawności ⁽¹⁾

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim, wrodzony brak lub amputacja dłoni bądź 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. Nazwa banku i numer rachunku bankowego: (wypełnić)

Nazwa banku :

Numer rachunku bankowego :

Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań 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.

IV. Sytuacja zawodowa ⁽¹⁾

1. zatrudniony*/ prowadzący działalność gospodarczą*	
2. młodzież w wieku od 18 do 24 roku życia, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca*	
3. bezrobotny poszukujący pracy*/ rencista poszukująca pracy*	

4. rencista*/ emeryt* niezainteresowany podjęciem pracy	
5. dzieci i młodzież do lat 18	

V. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych ⁽¹⁾

1. Na likwidację barier w komunikowaniu się i technicznych:	
1.2 korzystałem (w tym ze środków przyznanych przez WOZiRON)	
1.1 nie korzystałem	
a/ przedmiot dofinansowania	
b/ data otrzymania dofinansowania	
c/ kwota dofinansowania zł	
2. korzystałem na inne cele ustawowe i rozliczyłem się	
3. korzystałem na inne cele ustawowe i jestem w trakcie rozliczenia	
4. korzystałem i nie rozliczyłem się	

VI. informacja o ewentualnym dofinansowaniu z innych źródeł, przeznaczonych na ten sam cel

.....

Upředzona/y o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań 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.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych z realizacją przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej.

.....
 (podpis wnioskodawcy*, przedstawiciela ustawowego*
 opiekuna prawnego* pełnomocnika*)

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

nr PESEL nr NIP

miejscowość ulica nr domu nr lokalu

nr kodu ...- poczta powiat

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

Ustanowiony Opiekunem*/ Pełnomocnikiem*

*postanowieniem Sądu Rejonowego..... z dn. sygn. akt

* na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza

z dn. repet. nr

(1) proszę wstawić znak X we właściwej rubryce

* niepotrzebne skreślić

Załączniki do wniosku:

- kopia orzeczenia o niepełnosprawności,
- orzeczenia o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą,

- zaświadczenie o dochodach wnioskodawcy i osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą za ostatni kwartał,
- poświadczenie o zameldowaniu z Urzędu Gminy
- zaświadczenie od lekarza specjalisty o aktualnym stanie zdrowia.

Opinia Komisji ds. opiniowania wniosków o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych:

☐	pozytywna	☐	negatywna
--------------------------	------------------	--------------------------	------------------

.....
data i podpis pracownika PCPR