



Pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

Załącznik do zasad i procedur udzielania osobie fizycznej dofinansowania ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na likwidację barier w komunikowaniu się

Nr sprawy: PCPR.4244.4254...../20.....

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

WNIOSEK

o dofinansowanie do zakupu urządzeń (wraz z montażem) lub wykonania usług z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się

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

Dane dotyczące Wnioskodawcy (prosimy wypełnić drukowanymi literami)

Imię Nazwisko	PESEL
Dowód osobisty: Seria Numer Wydany w dniu Przez	Tel. Stacjonarny Tel. Kom. Adres e- mail:
Adres zamieszkania: Ulica nr Kod Miejscowość	
Adres do korespondencji: Ulica nr Kod Miejscowość	
Numer rachunku bankowego Wnioskodawcy:	

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

Imię Nazwisko	PESEL
Dowód osobisty: Seria Numer Wydany w dniu Przez	Tel. Stacjonarny Tel. Kom. Adres e- mail:
Adres zamieszkania: Ulicanr..... Kod Miejscowość	
Adres do korespondencji: Ulica nr Kod Miejscowość	
Numer rachunku bankowego osoby reprezentującej Wnioskodawcę:	
Ustanowiony opiekunem / pełnomocnikiem..... Wpisać właściwe, załączyć dokument potwierdzający	

Przedmiot dofinansowania (nazwa urządzenia / rodzaj usługi).....

.....
.....

Koszt całkowity realizacji zadania**zł (brutto)**

(słowniezł)

Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania:..... zł

(słowniezł)

co stanowi **5 %** ceny brutto.

Informacja o ewentualnym dofinansowaniu z innych źródeł, przeznaczonym na ten cel

.....

Uzasadnienie do 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 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	
◆ inwalidzi II grupy,	
◆ osoby całkowicie niezdolne do pracy,	
◆ inwalidzi III grupy ze względu na głuchotę lub głuchonieme,	
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 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. epilepsja	
8. choroby układu oddechowego i krążenia	
9. choroby układu pokarmowego	
10. choroby układu moczowo-płciowego	
11. choroby neurologiczne	
12. inne, w tym schorzenia: endykronologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego	
13. całościowe zaburzenia rozwojowe	

III. Sytuacja zawodowa ⁽¹⁾

1. zatrudniony */ prowadzący działalność gospodarczą*	
2. młodzież w wieku od 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 18 lat	

⁽¹⁾ proszę wstawić znak X we właściwej rubryce

* niepotrzebne skreślić

IV. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON			TAK*	NIE*
Cel (nazwa zadania ustawowego /lub nazwa programu celowego, w ramach którego przyznana została pomoc)	Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Termin rozliczenia	Kwota rozliczona
	Razem kwota przyznana:		Razem kwota rozliczona:	

Posiadam zobowiązania wobec PFRON:	TAK*	NIE*
------------------------------------	------	------

Byłam/em w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:	
TAK*	NIE*

V. Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

Imię	Nazwisko	Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Dochód miesięczny ¹
Dane dotyczące Wnioskodawcy:				
1.			-----	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa:				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
			Razem	

W przypadku osób samotnych do oświadczenia należy wpisać tylko dane dotyczące Wnioskodawcy i jego dochód.

Oświadczam, że w kwartale poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku przeciętny dochód² przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wyniósł zł

(słownie:.....)

* niepotrzebne skreślić

Pouczenie

¹ Jest to średni miesięczny dochód z kwartału poprzedzającego miesiąc złożenia wniosku w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych (Dz.U. Nr 228 poz. 2255 z późn. zm.) 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.

² Dochód ustalony w pkt. 1 należy podzielić przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 § 1,2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz 553 z późn. zm.).

Dane powyższe podaję zgodnie ze stanem faktycznym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem. W Przypadku stwierdzenia niezgodności informacji ze stanem faktycznym zobowiązuję się zwrócić przyznane dofinansowanie.

Oświadczam, że posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach zadania.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.

.....
podpis osoby przyjmującej wniosek

.....
*(data i podpis Wnioskodawcy */ Przedstawiciela ustawowego */
Opiekuna prawnego */ Pełnomocnika *)*

Załączniki do wniosku:

1. kopię orzeczenia o niepełnosprawności lub kopię wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art.1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust.3 ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998r. (oryginał do wglądu),
2. kopie orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą w przypadku takich osób,
3. aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające opis przyczyny niepełnosprawności i szczegółowe uzasadnienie, że osoba ma trudności w porozumiewaniu się i przekazywaniu informacji w związku z istniejącą przyczyną niepełnosprawności,
4. oferta cenowa od sprzedawcy.

Oświadczam, że są mi znane następujące informacje:

1. dofinansowanie nie przysługuje osobom, które w ciągu 3 lat przed dniem złożenia wniosku otrzymały na ten cel dofinansowanie ze środków Funduszu, oraz osobom, które były stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu i rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie tej osoby;
2. dofinansowanie nie przysługuje osobom, które mają zaległości wobec Funduszu,
3. dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie;
4. podstawę dofinansowania ze środków PFRON stanowi umowa zawarta pomiędzy reprezentowanym przez Dyrektora PCPR a Wnioskodawcą; W przypadku, gdy PCPR poweźmie wątpliwości odnośnie do podanych we wniosku danych, w szczególności co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, wezwie Wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów. (Dz. U. 2013 r., poz. 1190).

* *niepotrzebne skreślić*

Adnotacje przyjmującego wniosek:

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

.....
data i podpis

I. Ocena zasadności wniosku

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

.....
data i podpis

II. Opinia Komisji ds. opiniowania wniosków o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się

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

.....
data i podpis

III. Decyzja o przyznaniu dofinansowania

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

.....
data i podpis