

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

...../200...
nr kolejny wniosku rok złożenia wniosku

W N I O S E K

o dofinansowanie zakupu urządzeń (wraz z montażem*) lub wykonania usług* z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

Wnioskodawca (proszę wypełniać 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
adres stałego zameldowania

nr kodu poczta powiat

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

Proszę o dofinansowanie/.....
należy podać nazwę urządzenia (ewentualny montaż), rodzaj usługi

w łącznej wysokości zł (słownie

..... zł), co stanowi % ceny brutto.

Ogólny koszt realizacji zadania wynosi zł,

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuje 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.

Uzasadnienie składanego wniosku

Informacje o Wnioskodawcy

I. Stopień niepełnosprawności ⁽¹⁾

1. znaczny	
• inwalidzi I grupy	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
• osoby stale albo 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 głuchoniemotę	
3. lekki	
• pozostali inwalidzi III grupy	
• osoby częściowo niezdolne do pracy	
• osoby stale albo 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 i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

III. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

Imię nazwisko	pokrewieństwo	wiek	niepełnosprawność		Dochód miesięczny netto (zł)
			Stopień ⁽²⁾	Rodzaj ⁽³⁾	
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					

(1) proszę wstawić X we właściwej rubryce

(2) proszę wstawić właściwe oznaczenia cyfrowe z tablicy I.

(3) proszę wstawić właściwe oznaczenia cyfrowe z tablicy II

IV. Sytuacja zawodowa ⁽¹⁾

1. zatrudniony*/prowadzący działalność gospodarczą*	
2. osoba 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	

V. Średni dochód miesięczny netto na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy ⁽¹⁾

poniżej 200,00 zł	
201,00 – 400,00 zł	
401,00 – 600,00 zł	
601,00 – 800,00 zł	
powyżej 800,00 zł	

VI. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON

Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON?				Tak:	Nie:
Nr i data zawarcia umowy	Kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	Źródło (PFRON, WOZ i RON, Samorząd Powiatowy)

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

.....

Upředzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art.297 §1,2,3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks Karny (Dz.U. nr 88, poz.553) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się informować.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie niezbędnych Inowrocławiu dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji programu dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (j.t. z 2002 r. Dz.U. Nr 101 poz. 926)

.....
podpis Wnioskodawcy/ Przedstawiciela ustawowego**
Opiekuna prawnego/ Pełnomocnika**

* niepotrzebne skreślić

(1) proszę wstawić X we właściwej rubryce

Proszę, aby kwota dofinansowania przekazana była: do rąk własnych*/ na konto bankowe*:

Imię i Nazwisko właściciela konta:.....

Adres zamieszkania:.....

Nazwa banku:.....

Numer konta :

Przedstawiciel ustawy (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

miejsowość ulica nr domu nr lokalu
adres stałego zameldowania

nr kodu poczta powiat

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

ustanowiony Opiekunem*/ Pełnomocnikiem*

* postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia sygn. akt

* na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza

z dnia repet. nr

(1) proszę wstawić znak X we właściwej rubryce

* niepotrzebne skreślić

Załączniki do wniosku

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik.
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu.
4. Aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające informację o występującej barierze w komunikacji.
5. Zaświadczenie*/ oświadczenie* o dochodach netto Wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą.
6. Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.
7. Kopia decyzji o przyznaniu zasiłku pielęgnacyjnego, w przypadku jego pobierania.
8. Kopia decyzji o przyznaniu świadczeń pomocy społecznej, jeśli takie występują.
9. Dokument potwierdzający inne niż PFRON źródła finansowania zadania.
10. Oferta cenowa od sprzedawcy.
11. Zaświadczenie o pobieraniu nauki ze szkoły lub uczelni – dotyczy osób uczących się.