

pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

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

## WNIOSEK

### o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

#### część A . DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY ( *proszę wypełniać drukowanymi literami* )

Imię i nazwisko: .....Nr PESEL:.....

Data urodzenia: ..... Dowód osobisty: seria i nr .....

wydany dn. ....przez.....

Płeć: mężczyzna, kobieta\*

Adres zamieszkania:

województwo .....powiat .....

gmina ..... miejscowość .....

ulica ..... nr domu .....nr lokalu.....

kod pocztowy ..... poczta .....

Rodzaj miejscowości: miasto / wieś \*

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

adres e-mail: .....

#### **PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY (DLA MAŁOLETNIEGO WNIOSKODAWCY), OPIEKUN PRAWNY LUB PEŁNOMOCNIK**

Imię i nazwisko: .....Nr PESEL:.....

Data urodzenia: ..... Dowód osobisty: seria i nr .....

wydany dn. ....przez.....

Płeć: mężczyzna, kobieta\*

Adres zamieszkania:

województwo .....powiat .....

gmina ..... miejscowość .....

ulica ..... nr domu .....nr lokalu.....

kod pocztowy ..... poczta .....

Rodzaj miejscowości: miasto / wieś \*

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

adres e-mail: .....

\* właściwe podkreślić

ustanowiony opiekunem\* / pełnomocnikiem\*

.....  
postanowieniem Sądu rejonowego z dnia ..... sygn akt .....  
na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza .....  
z dn..... repet nr .....  
na mocy pełnomocnictwa niepotwierdzonego notarialnie – z dnia .....

**Stopień niepełnosprawności - proszę zaznaczyć 1 właściwą rubrykę wstawiając X**

• osoby w wieku do lat 16 ( w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat ), którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
• 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 (orzeczenie wydane przed 01.01.1998)	
• umiarkowany	
• inwalidzi II grupy,	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy	
• lekki	
• inwalidzi III grupy	
• osoby częściowo niezdolne do pracy,	
• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym (orzeczenie wydane przed 01.01.1998r.)	

**Rodzaj niepełnosprawności – wstawić X we właściwej rubryce**

Upośledzenie umysłowe	
Choroby psychiczne	
Zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	
W tym: - osoba głucha, osoba głuchoniema*	
Zaburzenia narządu wzroku	
W tym osoba niewidoma, osoba głuchoniewidoma*	
Dysfunkcja narządu ruchu	
W tym wnioskodawca lub podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego	
W tym dysfunkcja obu kończyn górnych	
Epilepsja	
Choroby układu oddechowego i krążenia	
Choroby układu pokarmowego	
Choroby układu moczowo – płciowego	
Choroby neurologiczne	
Całościowe zaburzenia rozwojowe	
Inne, jakie:	
.....	

Niepełnosprawność jest sprzężona: tak\*, nie\*

Liczba przyczyn niepełnosprawności: 2\*, 3\*

\* właściwe podkreślić

## ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe – wstawić X we właściwej rubryce

1. samotnie	
2. z rodziną / wspólnie*	

### OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O DOCHODACH ZA KWARTAŁ POPRZEDZAJĄCY MIESIĄC ZŁOŻENIA WNIOSKU

Oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

Lp.	NAZWISKO	IMIĘ	STOPIEŃ POKREWIEŃ STWA	ŹRÓDŁO DOCHODU	PRZECIĘTNY MIESIĘCZNY DOCHÓD NETTO W ROZUMIENIU PRZEPISÓW O ŚWIADCZENIACH RODZINNYCH
1.	WNIOSKODAWCA		_____		
2.					
3.					
4.					
5.					
RAZEM:					

Posiadam gospodarstwo rolne o powierzchni ..... ha/przeliczeniowe. Dochód roczny z gospodarstwa wyniósł .....zł. Dochód miesięczny z gospodarstwa rolnego.....zł

Oświadczam, że średni miesięczny dochód netto przypadający na jedna osobę w moim gospodarstwie domowym wyniósł .....zł .....gr.

Powyższy dochód jest / nie jest\* obciążony z tytułu wyroków sądowych lub innych tytułów.

### Korzystanie ze środków finansowych PFRON

Na likwidację barier architektonicznych / w komunikowaniu się/ technicznych\* ze środków finansowych PFRON: (w ciągu ostatnich 3 lat licząc od dnia złożenia wniosku) w tym poprzez oddziały terenowe PFRON korzystałem\*:

TAK NIE

Cel	Nr i data zawarcia umowy	Przyznana kwota	Stan rozliczenia (kwota do zwrotu)

### Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

Przedmiot wniosku – przeznaczenie dofinansowania:

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

\* właściwe podkreślić

## Koszt zadania

<b>Przewidywany koszt ogólny (wynikający z załączonych kosztorysów)</b> Cyframi: ..... zł. Słownie: ..... zł.
<b>Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON</b> Cyframi: ..... zł. (do 95% kosztów przedsięwzięcia) Słownie: ..... zł. Co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania : .....
<b>Deklarowane środki własne:</b> Cyframi: ..... zł. (co najmniej 5% kosztu ogólnego) Słownie: ..... zł.
<b>Inne źródła finansowania</b> ..... .....

### Cel dofinansowania (uzasadnienie):

**Prosimy o wyczerpujące informacje. W miarę możliwości wykazania, każdą podaną informację należy udokumentować w formie załącznika do wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku.**

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

### Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier i orientacyjny koszt (w kolejności od najważniejszego dla Wnioskodawcy)

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

### Miejsce realizacji zadania

.....

### Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

.....

**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 finansowania**

.....

*\* właściwe podkreślić*



**55-300 Środa Śląska**, w celu realizacji wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że **zapoznałem(am) się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych udostępnioną przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Środzie Śląskiej.**

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

**Załączniki do wniosku :**

1. Kopia 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, a przypadku osoby, o której mowa w art.62 ust.3 ustawy, kopia orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998r.
2. Kopie orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą (jeśli dotyczy).
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie lekarza specjalisty, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności i szczegółową informację, że wykonanie wnioskowanych prac lub zakup wnioskowanych materiałów, urządzeń umożliwi lub ułatwi Wnioskodawcy wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem, jeżeli jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności.
4. Zaświadczenia o dochodach Wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą, ewentualnie decyzje w sprawie przyznanych i pobieranych świadczeń, np. ZUS, KRUS, GOPS.
5. Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.
6. Kosztorys, oferta cenowa faktura pro-forma - określające koszt planowanej likwidacji barier (zakupu sprzętu/usługi).
7. Pisemna zgoda właściciela nieruchomości na likwidację barier w przypadku gdy zgoda taka jest wymagana.
8. Inne wymagane dokumenty w zależności od indywidualnej sytuacji.

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego)

.....  
miejsowość, data

### ZAŚWIADCZENIE LEKARZA SPECJALISTY

Wydane na potrzeby PCPR w celu likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych

Imię i nazwisko:.....

PESEL:.....

Adres zamieszkania:.....

#### I. Zakres schorzenia lub dysfunkcji (opis):

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

#### II. Rodzaj niepełnosprawności:

##### 1) Osoba z niepełnosprawnością fizyczną

- motoryczną, ruchową: z uszkodzeniem narządu ruchu, który uniemożliwia wykonywanie różnych ruchów i czynności oraz poruszaniu się w przestrzeni;

- osoba z niepełnosprawnością narządów wewnętrznych

##### 2) Osoba z niepełnosprawnością sensoryczną

- z niepełnosprawnością wzrokową, osoby niewidome i słabo widzące

- z niepełnosprawnością słuchową, osoby głuche i słabo słyszące

##### 3) osoba z niepełnosprawnością intelektualną, psychiczną, autyzmem

##### 4) inne, jakie?

.....  
.....

#### III. Ze względu na niepełnosprawność osoba porusza się

- samodzielnie

- na wózku inwalidzkim

- przy pomocy innego przedmiotu ortopedycznego, jakiego?

.....  
.....

- osoba leżąca

#### IV. Sprawność kończyn górnych:

- pełna

- częściowo ograniczona

- całkowite ograniczenie

#### Sprawność kończyn dolnych:

- pełna

- częściowo ograniczona

- całkowite ograniczenie

#### V. Pacjent wymaga (opis):

Likwidacji barier w komunikowaniu się – tj.:

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

Likwidacji barier technicznych – tj.:

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

\* właściwe podkreślić

.....  
pieczęć i podpis lekarza specjalisty