

.....
data wpływu

.....
numer wniosku

pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

.....
data wpływu kompletnego wniosku, pieczęć i podpis pracownika

WNIOSEK o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się

I. Dane dotyczące Wnioskodawcy (proszę wypełnić drukowanymi literami)

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

seria.....nr.....wydany w dniu.....przez.....
(dowód osobisty)

.....Nr PESEL.....

Miejscowość.....ulica.....nr domu.....nr lokalu.....
(dokładny adres)

nr kodu.....pocztą.....powiat.....

województwo.....nr tel./fax (nr kier.).....e-mail

nazwa banku.....

nr rachunku bankowego.....

Wstawić X we właściwej rubryce.

II. Stopień niepełnosprawności

1. znaczny	
• Inwalidzi I grupy	
• Osoby całkowicie niezdolne do pracy i samodzielnej egzystencji	
• Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny (ważne orzeczenie wydane przed 01.01.1998 r. na stałe)	
2. umiarkowany	
• Inwalidzi II grupy	
• Osoby całkowicie niezdolne do pracy	
3. lekki	
• Pozostali inwalidzi III grupy	
• Osoby częściowo niezdolne do pracy	
• Osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym (ważne orzeczenie wydane przed 01.01.1998 r. na stałe)	
4. osoby w wieku do lat 16 z aktualnym orzeczeniem o niepełnosprawności	

III. Rodzaj niepełnosprawności

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 narządów słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia lub inna niż wymienione	

* niepotrzebne skreślić

IV. Sytuacja zawodowa

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

Oświadczam, że:

1. prowadzę samodzielnie gospodarstwo domowe i osiągam dochody wymienione w tabeli pod poz. Nr 1,
2. razem za mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą	Dochód ¹ netto uzyskany w ciągu ostatniego miesiąca, przed dniem złożenia wniosku
1.		wnioskodawca	
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
Razem miesięczny dochód rodziny wynosi:			
Średni miesięczny dochód na członka rodziny ² :			

VI. Informacja o kwotach przyznanych wcześniej środków Funduszu (w ciągu ostatnich 3 lat):

Nr umowy	Data przyznania dofinansowania	Cel dofinansowania	Stan rozliczenia (data i kwota rozliczenia)

¹**dochód** - w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 28 listopada 2003 o świadczeniach rodzinnych (Dz.U. 228 poz. 2255 z późniejszymi zmianami) pomniejszony o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne oraz kwotę świadczonych alimentów i powiększony o dochody z działalności gospodarczej, dochody z gospodarstwa rolnego oraz inne dochody nieopodatkowane wymienione w niniejszej ustawie.

² miesięczny dochód rodziny podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

* niepotrzebne skreślić

VII. Informacja o przedmiocie wniosku

1. Przedmiot i miejsce realizacji likwidacji barier w komunikowaniu się

.....
.....

2. Uzasadnienie wniosku

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

2. Przewidywany koszt realizacji zadania

3. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

4. 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:.....

6. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków Funduszu,

7. Deklarowany udział własny Wnioskodawcy i / lub z innych źródeł*

1. deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania (ponad minimum 5 %)	%
2. deklarowany i udokumentowany % pokrycia kosztów realizacji zadania z innych źródeł	%
Dane ewentualnego sponsora	

Upředzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks Karny (Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553 z późn.zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Oświadczam, że:

1. nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz nie byłem/am w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

2. W ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie uzyskałem/am dofinansowania ze środków Funduszu na ten sam cel.

3. Posiadam środki własne w wysokości nieobjętej wnioskowanym dofinansowaniem ze środków PFRON

4. Jestem kombatanem/kombatantką, wdowcem/wdową po kombatancie* : TAK NIE

.....
Podpis Wnioskodawcy / przedstawiciela ustawowego
opiekuna prawnego / pełnomocnika*

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

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

seria.....nr.....wydany w dniu.....przez.....
(dowód osobisty)

.....Nr PESEL.....nr NIP.....

miejsowość.....ulica.....nr domu.....nr lokalu.....
(dokładny adres)

nr kodu.....pocza.....powiat.....

województwo.....nr tel./fax (nr kier.).....

ustanowiony opiekunem/pełnomocnikiem*

postanowieniem Sądu Rejonowego dn.sygn. akt. / na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*

.....z dn.repet. nr

Niepotrzebne skreślić

Załączniki do wniosku:

Nazwa załącznika	załączono do wniosku tak/nie	Uzupełniono tak/nie	data uzupełnienia
Kopia orzeczenia, lub kopia wypisu z treści 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 w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopia orzeczenia o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r.			
Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób (o ile dotyczy)			
Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu (na załączonym formularzu)			
Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania			
Inne:			

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej* :

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego: stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby:

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:

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

4. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie:

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

.....
(stempel i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenia)

.....
* Wypełnić czytelnie w języku polskim