

Nr akt: 6031-...../2014

**WNIOSEK  
O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU  
REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH KOSZTÓW  
LIKWIDACJI BARIER**

**TECHNICZNYCH**       **W KOMUNIKOWANIU SIĘ**

**I. Dane dotyczące Wnioskodawcy:**

1. Imię i nazwisko .....
- Data urodzenia: .....
2. Adres zamieszkania:  
    miejscowość ..... ul. ....nr domu/lokalu .....  
    kod ..... - ..... poczta .....
3. Numer telefonu: .....
4. Dowód osobisty: seria ..... numer .....
- wydany przez .....w dniu.....
5. PESEL: .....
6. Numer identyfikacji podatkowej ( NIP ).....
7. Numer konta bankowego: .....
- Nazwa banku: .....
8. W przypadku, gdy osobą niepełnosprawną, której dotyczy wniosek jest dziecko w wieku do 18 lat, należy podać:  
  
    Imię i nazwisko dziecka: .....
- Datę urodzenia dziecka: .....

9. Oświadczenie wnioskodawcy o wysokości dochodów i liczbie członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

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

Imię i Nazwisko	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Przeciętny miesięczny dochód obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (1)
<b>Wnioskodawca</b>	/	
pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa:		
<b>RAZEM:</b>		

a przeciętny miesięczny dochód na jednego członka rodziny wynosi ..... zł.

10. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON w okresie 3 lat poprzedzających złożenie wniosku:

czy korzystał/a Pan/Pani ze środków PFRON? .....  
jeśli tak, proszę określić:

cel dofinansowania	data i numer umowy	kwota przyznanego dofinansowania	Kwota rozliczona

## II. Informacje dotyczące przedmiotu wniosku:

1. Przedmiot wniosku:

lp.	Nazwa urządzenia lub rodzaj usługi	ilość sztuk	orientacyjna cena
<b>Łączny przewidywany koszt zakupu urządzeń:</b>			

2. Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON ..... zł  
( słownie: ..... zł )

[ wysokość dofinansowania kosztu likwidacji barier wynosi do 80% kosztu realizacji zadania, nie więcej jednak niż do wysokości piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia.

**Dofinansowanie nie obejmuje kosztów poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy ze Starostą ]**

3. Miejsce realizacji zadania ( instalacji urządzenia/wykonania usługi ):

miejscowość ..... ul. .... nr domu/lokalu .....

4. Termin realizacji zadania:

Termin rozpoczęcia ..... przewidywany czas realizacji zadania .....

5. 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 ich finansowania:

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

6. Uzasadnienie, wynikające z niepełnosprawności, potrzeby zakupu urządzenia lub wykonania usługi:

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

Oświadczam, że:

- podane informacje są zgodne z prawdą,
- o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować PCPR w ciągu 14 dni,
- nie posiadam zaległości w terminowym regulowaniu wymagalnych zobowiązań wobec PFRON,
- warunki zawartych z PFRON umów, w ciągu 3 lat przed dniem złożenia wniosku, zostały dotrzymane ( jeżeli zawierane były jakieś umowy ),
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.)

Data: ..... ( podpis Wnioskodawcy )

**Załączniki:**

1. kopia ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego ZUS, KIZ albo KRUS wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r. ( oryginał do wglądu ),
2. kopia ważnego orzeczenia o niepełnosprawności - w przypadku dzieci do lat 16 ( oryginał do wglądu ),
3. zaświadczenie wydane przez lekarza prowadzącego, zawierające szczegółowy opis schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności (wypełnione czytelnie w języku polskim),
4. informacja o źródłach finansowania zadania w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON ( zał. nr 1 do wniosku ).
5. kosztorys (faktura pro forma) wystawiony na Wnioskodawcę zawierający informację o typie sprzętu i całkowitym koszcie jego zakupu ( zał. nr 2 do wniosku ),

---

(1) **przeciętny miesięczny dochód** – dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku

**INFORMACJA WNIOSKODAWCY O ŹRÓDŁACH FINANSOWANIA  
ZADANIA**

Informuję, że pozostała do zapłaty za urządzenie/wykonanie usługi kwota będzie finansowana z:

1. posiadanych przeze mnie środków własnych w wysokości ..... zł  
( słownie: ..... zł )

2. środków uzyskanych od sponsora w wysokości ..... zł  
( słownie: ..... zł )

3. środków uzyskanych z OPS w wysokości ..... zł  
( słownie: ..... zł )

4. z innych źródeł: jakich? jaka kwota?.....  
.....  
.....

co potwierdzam\* odpowiednimi dokumentami ( decyzje, zaświadczenia,  
pisemne informacje )

.....  
( data )

.....  
( podpis Wnioskodawcy )

\_\_\_\_\_  
\* - dotyczy punktów 2-4

.....  
( miejscowość, data )

**KOSZTORYS**  
*( prosimy wypełniać czytelnie )*

Imię i nazwisko Wnioskodawcy .....

adres zamieszkania .....

**Specyfikacja przedmiotu dofinansowania:**

<b>Lp.</b>	<b>Nazwa urządzenia</b>	<b>typ urządzenia</b>	<b>Ilość</b>	<b>cena jednostkowa</b>	<b>wartość</b>

.....  
( pieczęć i podpis sprzedawcy )

.....  
miejsce na pieczętkę zakładu

.....  
(miejsce, data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA SPECJALISTY**  
**O STANIE ZDROWIA**  
wydane dla potrzeb PCPR  
**(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)**

Imię i nazwisko pacjenta.....

data urodzenia.....

adres zamieszkania.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej .....

.....  
.....

2. Uszkodzenie innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:

.....  
.....

3. Używane zaopatrzenie ortopedyczne, sprzęt rehabilitacyjny .....

.....

4. Konieczność stosowania .....

(nazwa urządzenia)

5. Uzasadnienie potrzeby wynikającej z niepełnosprawności stosowania wskazanego  
we wniosku sprzętu, w celu **likwidacji barier w komunikowaniu się** .....

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

.....  
(pieczętka i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie)