

Nr akt: ON-6032-...../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 przezw 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⁾
Wnioskodawca	/	
pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa:		
RAZEM:		

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
Łączny przewidywany koszt zakupu urządzeń:			

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, wynikającej 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:

Lp.	Nazwa urządzenia	typ urządzenia	Ilość	cena jednostkowa	wartość

.....
(pieczęć i podpis sprzedawcy)

.....
miejsce na pieczętkę zakładu

.....
(miejsowość, 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 technicznych**

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

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