

nr kolejny wniosku

pieczęć PCPR

data wpływu kompletnego wniosku

WNIOSK

o dofinansowanie zakupu urządzeń (wraz z montażem) / wykonania usług* z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Wnioskodawca (proszę wypełnić drukowanymi literami)

nr
imię (imiona) i nazwisko PESEL

dowód osobisty seria.....nrwydany w dniuprzez.....

Adres stałego zamieszkania

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

kod poczta..... powiat

województwo..... telefon /fax

Proszę o dofinansowanie /sfinansowanie
Należy podać nazwę urządzenia (ewentualny montaż)rodzaj usługi

o łącznej wartościzł słownie.....

1. Deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania –ponad obowiązkowe 5 %%

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję 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 .

* niepotrzebne skreślić

Krótkie uzasadnienie składanego wniosku

.....

.....

.....

.....

Informacje o Wnioskodawcy

I A. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik 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 i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
- osoby w wieku do 16 (w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat) , którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
2. umiarkowany	
- inwalidzi II grupy	
- osoby całkowicie niezdolne do pracy	
3. lekki	
- inwalidzi III grupy	
- osoby częściowo niezdolne do pracy	
- osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

I B. 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	
5. dysfunkcja narządu mowy	
6. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
7. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

II. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą (w tym osoby niepełnosprawne

Imię i nazwisko – pokrewieństwo	niepełnosprawność		Dochód miesięczny Netto
	stopień ²	rodzaj ³	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

III. Sytuacja zawodowa ¹

1. zatrudnienie /prowadzący działalność gospodarczą/*	
2. osoba w wieku od 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	

(1)proszę wstawić X we właściwej rubryce

(2) Proszę wstawić właściwe oznaczenie cyfrowe z tablicy I.A.

(3)proszę wstawić właściwe oznaczenie cyfrowe z tablicy I.B.

* niepotrzebne skreślić

IV. Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy ¹

1. poniżej 100,00	
2. 101,00 - 200,00	
3. 201,00 – 300,00	
4. 301,00 – 401,00	
5. 401,00 – 500,00	
6. 501,00 – 601,00	
7. 601,00 – 700,00	
8. 701,00 – 800,00	
9. powyżej 800,00	

V. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

1. na likwidację barier w komunikowaniu się	
a) nie korzystałem	
b) korzystałem	
- przedmiot dofinansowania	
- data otrzymania dofinansowania	
- kwota dofinansowania (zł)	
2. korzystałem na inne cele i rozliczyłem się	
3. korzystałem na inne cele i jestem w trakcie rozliczenia	
4. korzystałem i nie rozliczyłem się	

VI. Informacja o ewentualnym dofinansowaniu z innych źródeł , przeznaczonych na ten cel

.....

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

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

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

.....syn/córka
 seria nrwydany w dniuprzez.....
 nr PESEL miejscowość
 ulicanr domu.....nr lokalu.....
 nr kodu poczta..... powiat
 województwo..... nr tel / faxu
 ustanowiony opiekunem */pełnomocnikiem*
 (postanowieniem Sądu z dniarepet. Akt*/ na mocy pełnomocnictwa
 potwierdzonego przez Notariusza z dnia repet. Nr)

(1)proszę wstawić X we właściwej rubryce
 * niepotrzebne skreślić

Załączniki do wniosku

1. Kopia orzeczenia , o którym mowa w art.1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą w przypadku takich osób.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności.
4. Oświadczenie* /oświadczenie* o dochodach Wnioskodawcy i osób zamieszkujących wspólnie z Wnioskodawcą
5. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu , w którym ma nastąpić likwidacja barier technicznych
6. Zgoda właściciela budynku lub lokalu mieszkalnego jeżeli taka zgoda jest wymagana

O Ś W I A D C Z E N I E

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu orzeczniczego zgodnie z Rozporządzeniem w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych Dz.U. 2019 poz. 1781 z 30.08.2019.

.....
data i podpis osoby zainteresowanej

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci nr telefonu i/lub adresu e-mail wpisanego we wniosku w celu przekazania informacji dotyczącej postępowania

.....
data i podpis osoby zainteresowanej

Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek złożony w dniu zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i uchwaleniu planu finansowego na rok przez Radę Powiatu.

.....
Podpis osoby przyjmującej oświadczenie

.....
Data Podpis osoby składającej oświadczenie

O Ś W I A D C Z E N I E

Wnioskodawczy o dochodach w gospodarstwie domowym

(w przypadku osób samotnych, w oświadczeniu należy uwzględnić dane dotyczące tylko Wnioskodawcy)

Ja niżej podpisany(a)
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

zamieszkały(a).....
(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

niniejszym oświadczam, iż razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

Lp	Imię i Nazwisko	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Data urodzenia	Czy pobiera naukę (tak/nie)	Miesięczny dochód netto (za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku) ¹
Dane dotyczące Wnioskodawcy:					
1.					
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego ¹ :					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
Razem					

Oświadczam, że:

przeciętny miesięczny dochód rodziny pomniejszony o należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowych i chorobowego, składki na ubezpieczenie zdrowotne, kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku o dofinansowanie przypadający na jedną osobę

w moim gospodarstwie domowym wyniósł złgr.2

Świadomy odpowiedzialności karnej (art. 233 § 1 kk) za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu podane zostały zgodnie z prawdą. Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., data/...../20..... r.

(miejscowość)

(podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego)

¹ Do najbliższej rodziny pozostającej we wspólnym gospodarstwie domowym, zalicza się odpowiednio następujących członków rodziny: małżonków, rodziców dzieci, opiekuna faktycznego dziecka oraz pozostające na utrzymaniu dzieci do 18 r. życia, uczące się dzieci do ukończenia 25 roku życia, a także dziecko, które ukończyło 25 rok życia legitymujące się orzeczeniem, o znacznym stopniu niepełnosprawności, jeżeli w związku z tą niepełnosprawnością rodzinie przysługuje świadczenie pielęgnacyjne; do członków rodziny nie zalicza się dziecka pozostającego pod opieką opiekuna prawnego;

Za dochody uwzględniane przy wyliczeniu średnich miesięcznych dochodów rodziny, uważa się:

1. wynagrodzenie uzyskiwane w ramach stosunku pracy, z tytułu umowy zlecenia, umowy o dzieło, umowy agencyjnej lub umowy o pracę nakładczą,
2. dochody z tytułu:
 - a) członkostwa spółdzielni,
 - b) wykonywania wolnego zawodu,
 - c) działalności twórczej lub artystycznej,
 - d) działalności gospodarczej lub współpracy przy prowadzeniu takiej działalności,
 - e) działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne,
3. dochody uzyskane z gospodarstwa rolnego,
4. świadczenie pieniężne z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa,
5. emerytury, renty inwalidzkie i renty rodzinne wraz ze wszystkimi wzrostami i dodatkami, z wyjątkiem dodatków pielęgnacyjnych,
6. stypendia określone w przepisach o systemie oświaty, o szkolnictwie wyższym oraz w przepisach o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki, a także inne stypendia przyznawane uczniom lub studentom,
7. zasiłki wychowawcze i zasiłki rodzinne,
8. dodatki mieszkaniowe i inne,
9. renty socjalne, stałe zasiłki, stałe zasiłki wyrównawcze, świadczenia przyznawane rodzinom zastępczym i inne na podstawie przepisów ustawy o pomocy społecznej,
10. alimenty na rzecz dzieci oraz zaliczkę alimentacyjną określoną w przepisach o postępowaniu wobec dłużników alimentacyjnych oraz zaliczce alimentacyjnej,
11. zasiłki z Funduszu Pracy,
12. Inne.

Sposób wyliczenia przeciętnego dochodu rodziny:

1. W tabeli należy wpisać średni miesięczny dochód netto (dochód brutto pomniejszony o należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne, składki na ubezpieczenie zdrowotne, o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób) oraz kwoty innych dochodów (średnie miesięczne) niepodlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych dla poszczególnych członków rodziny.

łączy dochód miesięczny rodziny (RAZEM)

przeciętny miesięczny dochód rodziny = -----

liczba osób w gospodarstwie domowym

.....
 Stempel zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie do likwidacji barier w komunikowaniu się
prosimy wypełnić czytelnie

1. Imię i nazwisko PESEL
 Adres
2. Zakres dysfunkcji pacjenta i ich wpływ na funkcjonowanie (opis)

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (*proszę potwierdzić podpisem i pieczętką*):

1	Upośledzenie umysłowe	pieczęć i podpis lekarza
2	Choroby psychiczne	pieczęć i podpis lekarza
3	Zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	pieczęć i podpis lekarza
4	Choroby narządu wzroku	pieczęć i podpis lekarza
5	Epilepsja	pieczęć i podpis lekarza
6	Choroby neurologiczne	pieczęć i podpis lekarza
7	Choroby narządu ruchu	pieczęć i podpis lekarza
8	Częściowe zaburzenia rozwoju	pieczęć i podpis lekarza
9	Inne	pieczęć i podpis lekarza

4. Uzasadnienie (informacja na temat trudności w komunikowaniu się i przekazywaniu informacji w związku z istniejącą niepełnosprawnością)

....., dnia
 (miejsowość)

.....
 pieczętka, nr_ i podpis lekarza

Stempel zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie do likwidacji barier technicznych
prosimy wypełnić czytelnie

1. Imię i nazwisko PESEL
2. Zakres dysfunkcji pacjenta i ich wpływ na funkcjonowanie (opis)
.....
.....
.....
3. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:
.....
.....
4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (*proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką*):

Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętka, nr i podpis lekarza
Brak obu kończyn górnych/dolnych, na wysokości/od:	pieczętka, nr i podpis lekarza
Znaczny niedowład obu kończyn górnych/dolnych, objawiający się:	pieczętka, nr i podpis lekarza
Inne schorzenia:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia

(miejscowość)

.....

pieczętka, nr_ i podpis lekarza