



Pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek



Data wpływu kompletnego wniosku

WNIOSEK

o dofinansowanie zakupu urządzeń ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osoby niepełnosprawnej.

I. Dane Wnioskodawcy

(osoba dorosła lub małoletnia) - proszę wypełnić drukowanymi literami

..... syn/córka.....
 imię i nazwisko imię ojca

seria nr..... wydany w dniu..... przez.....
 nr PESEL..... miejscowość.....
 ulica..... nr domu..... nr lokalu..... nr kodu.....
 poczta..... gmina..... powiat.....
 nr telefonu.....

II. Stopień niepełnosprawności 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, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny, dotyczy orzeczeń, które zostały wydane przed 01.01.1998 rokiem.	
• Osoby w wieku do lat 16, które mają wydane orzeczenie o niepełnosprawności.	
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, dotyczy orzeczeń, które zostały wydane przez 01.01.1998 rokiem.	

¹ wstawić X we właściwej rubryce

* niepotrzebne skreślić

III. Rodzaj niepełnosprawności ¹

1. Dysfunkcja narządu ruchu / wózek inwalidzki */ brak 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	

IV. Sytuacja zawodowa ¹

1. Zatrudniony* / prowadzący działalność gospodarczą*	
2. Młodzież 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. Korzystanie ze środków finansowych PFRON

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

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

Imię i nazwisko	Pokrewieństwo	Niepełnosprawność		Sytuacja zawodowa
		Stopień ²	Rodzaj ³	
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

¹ wstawić X we właściwej rubryce

² wstawić właściwe oznaczenie cyfrowe z tablicy II

³ wstawić właściwe oznaczenie cyfrowe z tablicy III

* niepotrzebne skreślić

VII. Sytuacja mieszkaniowa - opis budynku i mieszkania

- 1. Zamieszkuje samotnie*, z rodziną*, z osobami nie spokrewnionymi*.
- 2. Dom jednorodzinny*, wielorodzinny prywatny*, wielorodzinny komunalny*, wielorodzinny spółdzielczy*, inne*.....
- 3. Budynek parterowy*, piętrowy*, mieszkanie na (proszę podać kondygnację).....
- 4. Przybliżony wiek budynku lub rok budowy.....
- 5. Opis mieszkania: pokoje (podać liczbę), z kuchnią*, bez kuchni*, z łazienką*, bez łazienki*, z WC*, bez WC*.
- 6. Łazienka jest wyposażona w: wannę*, brodzik*, kabinę prysznicową*, umywalkę*.
- 7. W mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej*, ciepłej*, kanalizacja*, centralne ogrzewanie*, prąd*, gaz*.
- 8. Inne informacje o warunkach mieszkaniowych: złe*, przeciętne*, dobre*, bardzo dobre*

.....

* niepotrzebne skreślić

VIII. Proszę o dofinansowanie (wykaz planowanych przedsięwzięć, inwestycji, zakupów, w celu likwidacji barier i przewidywany koszt) w kolejności od najważniejszego dla wnioskodawcy

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

nazwa urządzenia

_____zł
cena

IX. Cel likwidacji barier

.....

.....

.....

.....

.....

X. Termin rozpoczęcia i przewidywany termin realizacji zadania

.....

XI. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON

.....zł

(słownie:.....zł)

co stanowi.....% ceny brutto

XII. Deklarowany udział własny (obowiązkowe minimum 5%)

.....zł

(słownie:.....zł)

co stanowi.....% ceny brutto

XIII. Informacja o ewentualnym dofinansowaniu z innych źródeł, przeznaczonym na ten cel.

.....

.....
*Czytelny podpis wnioskodawcy,
przedstawiciela ustawowego, pełnomocnika*

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

..... syn/córka.....
imię i nazwisko imię ojca

seria nr..... wydany w dniu..... przez.....

nr PESEL..... miejscowość.....

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

poczta..... gmina..... powiat.....

nr telefonu.....

ustanowiony opiekunem* / pełnomocnikiem*.....

(postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia.....sygn. akt

...../ na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez

Notariusza..... z dnia.....

repet. nr.....)

* niepotrzebne skreślić

Załączniki do wniosku:

1. Kopia dokumentów potwierdzających niepełnosprawność Wnioskodawcy (**oryginał do wglądu**).
2. Kopia dokumentów potwierdzających niepełnosprawność osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób (**oryginały do wglądu**).
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, (**czytelne, w języku polskim**).
4. Oferta cenowa, faktura pro-forma od sprzedawcy (dotyczy zakupu sprzętu).

Uwagi:

1. O dofinansowanie na likwidację barier technicznych mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, jeżeli jest to uwarunkowane potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności.
2. Wysokość dofinansowania wynosi do 95% kosztów przedsięwzięcia, nie więcej jednak niż równowartość piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia.
3. Wnioski można składać w każdym czasie.
4. Podstawę dofinansowania stanowi umowa zawarta pomiędzy Wnioskodawcą i Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Łęcznej – **przed podpisaniem umowy nie należy dokonywać zakupu i wykonywać prac związanych z likwidacją barier technicznych!**

Oświadczenie

I.

Pouczony o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 Ustawy z 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy* oświadczam co następuje:

Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:
(uprawniony, jego współmałżonek / małżonka / i dzieci)

Przeciętny miesięczny dochód

w przeliczeniu na jednego członka
wspólnego gospodarstwa domowego wynosi**

(słownie:.....)

** **Przeciętny miesięczny dochód**, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, złożenia wniosku .

*art. 233

§1 Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§2 Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swych uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania lub odebrał od niego przyrzeczenie.

II.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r., o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2016 poz. 922) dotyczących mojej osoby (mojego małoletniego dziecka) przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Łęcznej w ramach realizacji zadania dofinansowania likwidacji barier funkcjonalnych ze środków Państwowego Funduszu Osób Niepełnosprawnych.

III.

Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

IV.

Oświadczam, że jestem świadomy/a grożącej mi odpowiedzialności karnej za podanie we wniosku nieprawdy.

.....

.....

Data

Podpis osoby składającej
oświadczenie

Pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej
lub Praktyki Lekarskiej

**Zaświadczenie lekarskie
o rodzaju niepełnosprawności**
Proszę wypełnić czytelnie w języku polskim

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia PESEL

Adres zamieszkania

Rozpoznanie(czytelnie w języku polskim).....

.....

.....

Niepełnosprawność dotyczy narządu / układu

Sprawność

kończyn górnych:

kończyn dolnych:

pełna

częściowo ograniczona

całkowicie niesprawne

pełna

częściowo ograniczona

całkowicie niesprawne

Osoba porusza się:

samodzielnie

z częściową pomocą

wyłącznie z pomocą

na wózku inwalidzkim

jest osobą leżącą

Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne:

1. oprotezowanie / zaaparatowanie kończyn górnych (jednostronne, obustronne)

2. oprotezowanie / zaaparatowanie kończyn dolnych (jednostronne, obustronne)

wózek inwalidzki

kule łokciowe

inne (jakie)

Informacje uzupełniające (rokowania):

.....

.....

..Informacje o konieczności wyposażenia w sprzęt likwidujący bariery techniczne w

codziennym funkcjonowaniu: (proszę podać rodzaj sprzętu oraz zakres likwidowanych barier)

.....

.....

.....

.....

Data

.....

Pieczęć i podpis lekarza

* Dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie