



Pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek



Data wpływu kompletnego wniosku

WNIOSEK

o dofinansowanie zakupu urządzeń ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się 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	
<ul style="list-style-type: none">Inwalidzi I grupy	
<ul style="list-style-type: none">Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
<ul style="list-style-type: none">Osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny, dotyczy orzeczeń, które zostały wydane przed 01.01.1998 rokiem.	
<ul style="list-style-type: none">Osoby w wieku do lat 16, które mają wydane orzeczenie o niepełnosprawności.	
2. Umiarkowany	
<ul style="list-style-type: none">Inwalidzi II grupy	
<ul style="list-style-type: none">Osoby całkowicie niezdolne do pracy	
3. Lekki	
<ul style="list-style-type: none">Pozostali inwalidzi III grupy	
<ul style="list-style-type: none">Osoby częściowo niezdolne do pracy	
<ul style="list-style-type: none">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. Schorzenia psychiczne	
8. Całościowe zaburzenia rozwojowe	
9. 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

Przedstawiciel ustawy (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 wymagane do wniosku:

1. Kopia dokumentów potwierdzających niepełnosprawność Wnioskodawcy (**oryginał do wglądu**).
2. Aktualne zaświadczenie lekarza specjalisty zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, (**czytelne, w języku polskim**).
3. Oferta cenowa sprzętu, oprogramowania wystawiona przez sprzedawcę.

Dodatkowe załączniki:

1. Kopia dokumentów potwierdzających niepełnosprawność osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób (**oryginały do wglądu**).
2. W przypadku, gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego do wniosku należy dołączyć odpowiednio uwierzytelnione pełnomocnictwo lub postanowienie Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (do wniosku należy dołączyć kserokopię – oryginał do wglądu).
3. Zaświadczenie o kontynuowaniu nauki (o ile dotyczy).
4. Opinia psychologa, pedagoga szkolnego lub z poradni pedagogiczno-psychologicznej, zawierająca opis schorzenia i uzasadniająca konieczność zakupu sprzętu (o ile dotyczy).

Uwagi:

1. O dofinansowanie na likwidację barier w komunikowaniu się 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 – **urządzenie nie może zostać zakupione przed podpisaniem umowy!**

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.

.....

.....

**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:

O pełna

częściowo ograniczona

całkowicie niesprawne

O pełna

częściowo ograniczona

całkowicie niesprawne

Osoba porusza się:

O 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 w komunikowaniu się:

(proszę podać rodzaj sprzętu oraz zakres likwidowanych barier)

.....

.....

.....

.....

data

pieczęć i podpis lekarza specjalisty

- Dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie