

## W N I O S E K

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

Dane dotyczące Wnioskodawcy /proszę wypełnić drukowanymi literami/

..... syn/córka .....

imię (imiona) i nazwisko

ur. .... seria..... nr ..... wydany w dniu .....

dowód osobisty

przez ..... PESEL ..... nr NIP ..... zamieszkały

(miejscowość) ..... ulica ..... nr domu .....nr lokalu ....

nr kodu ....- ..... poczta ..... powiat .....

województwo ..... nr tel./faksu (z nr kier.) .....

**Proszę o dofinansowanie** .....

należy podać nazwę urządzenia (ewentualny montaż), rodzaj usługi

**w wysokości : ..... zł, ( słownie : ..... zł), co**

stanowi : **80 % ceny brutto**, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł.

**Wartość (pełny koszt – 100 %) urządzenia (ewentualnego montażu), usługi wynosi : ..... zł**

Jednocześnie oświadczam, że zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków kwotę stanowiącą różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem/ kosztem wykonania usługi, pomniejszoną o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

**Uzasadnienie składanego wniosku** .....

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

### **Stopień niepełnosprawności\***

1. znaczny	
<input type="checkbox"/> inwalidzi I grupy	
<input type="checkbox"/> osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
<input type="checkbox"/> osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
<input type="checkbox"/> osoby w wieku do lat 16 z orzeczoną niepełnosprawnością	
2. umiarkowany	
<input type="checkbox"/> inwalidzi II-ej grupy	
<input type="checkbox"/> osoby całkowicie niezdolne do pracy	
3. lekki	
<input type="checkbox"/> pozostali inwalidzi III -ej grupy	
<input type="checkbox"/> osoby częściowo niezdolne do pracy	
<input type="checkbox"/> osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

### **Rodzaj niepełnosprawności\***

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	

### **Sytuacja zawodowa\***

1. zatrudniony / prowadzący działalność gospodarczą	
2.osoba 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	

### **Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje\***

1. samotnie	
2. z rodziną	
3. z osobami nie spokrewnionymi	

### **Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą ( w tym osoby niepełnosprawne)**

Imię i nazwisko - pokrewieństwo	niepełnosprawność		dochód	
	stopień (oznaczenie cyfrowe z pierwszej tabelki)	rodzaj (oznaczenie cyfrowe z drugiej tabelki)	brutto zł	netto zł

Oświadczam, że moja rodzina z którą pozostaję we wspólnym gospodarstwie domowym składa się z ..... osób. Średni dochód miesięczny netto na jedną osobę za ubiegły rok podatkowy wynosi ..... zł., słownie :.....

**Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

rok	cel - rodzaj zadania	korzystałam/em i		Nie korzystałam/em*
		rozliczyłam/em się	nie rozliczy- łam/em się	

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

Wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych PFRON dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883).

Upředzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 k.k. oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz 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 ustawy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik

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

seria ... nr ..... wydany w dniu ..... przez ..... nr NIP .....  
dowód osobisty

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

nr kodu ..... - ..... poczta ..... powiat .....

województwo ..... nr telefonu/faksu .....

ustanowiony opiekunem/pełnomocnikiem ..... (postanowieniem  
Sądu Rejonowego z dnia ..... sygn. akt /na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez  
Notariusza ..... z dnia ..... repet. nr .....).

\* proszę wstawić X we właściwej rubryce

Załączniki do wniosku :

1. Kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27.08.1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych /Dz. U. z 2008r., Nr 14, poz. 92 z późn. zm./.
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu.
4. Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.
5. Zgoda właściciela budynku lub lokalu mieszkalnego, jeżeli taka zgoda jest wymagana.
6. Specyfikacja zestawu sprzętu w przypadku ubiegania się o komputer.
7. Dwie oferty z ceną przedmiotu, urządzenia, sprzętu o które ubiega się Wnioskodawca.
- 8. Kserokopie dokumentów potwierdzających wysokość dochodu osoby niepełnosprawnej oraz osób pozostających z tą osobą we wspólnym gospodarstwie domowym.**

Maksymalna kwota dofinansowania do 80% kosztów przedsięwzięcia, nie więcej jednak niż 15 x przeciętne wynagrodzenie.

**Likwidacja barier w komunikowaniu się powinna umożliwić lub w znacznym stopniu ułatwić osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem, możliwość zwiększenia samodzielności i niezależności życiowej, poprawę warunków pracy i nauki, mieć wpływ na jakość społecznego funkcjonowania.**

Warunkiem dofinansowania jest :

- nie uzyskanie na ten cel dofinansowania w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku;
- wcześniej zawarta umowa z PFRON nie została rozwiązana z przyczyn leżących po stronie wnioskodawcy;
- wniosek nie dotyczy dofinansowania kosztów poniesionych przed przyznaniem środków i zawarciem umowy.