

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
do likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych*
w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

CZĘŚĆ A – DANE O WNIOSKODAWCY

.....

syn / córka

.....

nazwisko i imię (imiona)

imię ojca

seria

nr

..wydany w dniu

przez

(dowód osobisty)

nr PESEL

nr NIP

nr kodu

-

poczta

mięscowość

ulica

nr domu

nr lokalu

(dokładny adres zamieszkania)

Nr rachunku bankowego

tel.

Rodzaj niepełnosprawności ⁽¹⁾

1. dysfunkcja narządów ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	
2. inna dysfunkcja narządów ruchu	
3. dysfunkcja narządów wzroku	
4. dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

Stopień niepełnosprawności , lub jego odpowiednik ⁽¹⁾

1. znaczny (inwalida I grupy)	
2. umiarkowany (inwalida II grupy)	
3. lekki (inwalida III grupy)	
4. osoba niepełnosprawna do lat 16	

Sytuacja zawodowa ⁽¹⁾

1. zatrudniony * / prowadzący działalność gospodarczą *	
2. młodzież od lat 16 do 24, ucząca się i nie pracująca *	
3. bezrobotny poszukujący pracy * / rencista poszukujący pracy *	
4. rencista * / emeryt * nie zainteresowany podjęciem pracy	
5. dzieci i młodzież do lat 16	

Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z wnioskodawcą

Lp.	Nazwisko i Imię	Pokrewieństwo	Stopień niepełnosprawności w przypadku osoby niepełnosprawnej
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

Niniejszym oświadczam, że:

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

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

CZĘŚĆ B – DANE O ZADANIU

Miejsce realizacji zadania

miejscowość z kodem pocztowym	ulica	nr posesji

Cel dofinansowania - szczegółowy zakres rzeczowy zadania , wykaz planowanych zakupów

Uzasadnienie wniosku - informacja wnioskodawcy o trudnościach związanych z codziennym funkcjonowaniem wynikającym z ograniczonej sprawności ruchowej lub innych deficytów

Planowany koszt realizacji zadania zł.

Planowany termin rozpoczęcia i planowany czas realizacji zadania
(czas realizacji proszę określić w miesiącach)

Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków Funduszu - 95% zł:
słownie..... zł
.

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

.....syn/córka.....	
nazwisko i imię / imiona /	imię ojca
seria nrwydany w dniu przez	
dowód osobisty	
nr kodu-.....	poczta dokładny adres
miejscowość ulica nr domu nr lokalu	
dokładny adres	
ustanowiony opiekunem*/pełnomocnikiem*	
postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. sygn. Akt / na mocy pełnomocnictwa	
potwierdzonego przez Notariusza z dn. repert. nr	
.....)	

CZĘŚĆ C – INFORMACJE KOŃCOWE

1. Oświadczam, że w ciągu ostatnich 3 lat **korzystałem(am) / nie korzystałem(am)*** ze środków PFRON na realizację zadania z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się lub technicznych.

Jeżeli TAK proszę o wypełnienie poniższej tabeli

Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Cel przyznania	Stan rozliczenia

2. Oświadczam, że **posiadam środki własne** w wysokości min. **5%** kosztów zakupu związanego z wnioskowaną likwidacją barier.
3. Oświadczam, że **posiadam*** / **nie posiadam*** **środki finansowe z innych źródeł** na dofinansowanie wnioskowanej likwidacji barier w wysokości zł.
4. Oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a, że dofinansowanie ze środków Funduszu **nie obejmuje** kosztów prac związanych z realizacją zadania **poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.**

Pouczony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. **233 § 1** kodeksu karnego **oświadczam, że podane we wniosku informacje są prawdziwe**, o zmianach zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni od ich zaistnienia.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie moich danych osobowych znajdujących się w bazie PCPR w Krasnymstawie, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. O ochronie danych osobowych /Dz. U. z 2002r., Nr 101 poz. 926/

* właściwe zaznaczyć

.....

data i podpis wnioskodawcy,
przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego, pełnomocnika

Do wniosku należy dołączyć następujące dokumenty:

- kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności,
- kserokopia dowodu osobistego,
- faktura pro forma (oferta cenowa) na realizację wnioskowanego zadania
- zaświadczenie lekarskie (na załączonym druku),
- pisemne upoważnienie wnioskodawcy do działania w jego imieniu osób drugih w przypadku trudności w podpisaniu umowy, kontaktowaniu się z PCPR itd.
-

WYPEŁNIA PCPR

.....
Data wpływu wniosku do PCPR

.....
Pieczęć i podpis pracownika PCPR

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb PCPR

w celu likwidacji barier: architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się ze środków PFRON

Imię nazwisko

data urodzenia

1. Rozpoznanie i opis choroby zasadniczej

.....

.....

.....

Zgodnie z definicją słownikową :

- **Bariery architektoniczne** - oznacza to wszelkie utrudnienia występujące w budynku i w jego najbliższej okolicy, które ze względu na rozwiązania techniczne, konstrukcyjne lub warunki użytkowania uniemożliwiają lub utrudniają swobodę ruchu osobom niepełnosprawnym,
- **Bariery w komunikowaniu się** - oznacza to ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i / lub przekazywanie informacji,
- **Bariery techniczne** - oznacza to bariery utrudniające lub uniemożliwiające osobie niepełnosprawnej usprawnianie. Likwidacja tej bariery powinna powodować sprawniejsze działanie tej osoby w społeczeństwie i umożliwić wydajniejsze jej funkcjonowanie,

2. Zalecany zakres likwidacji barier stosowny do potrzeb wynikających z niepełnosprawności ,
zgodnie z powyższą definicją

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie