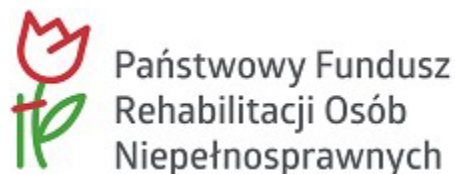


numer wniosku:.....



data wpływu wniosku:

**WNIOSEK**  
**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób**  
**Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych.**  
( wypełniamy wszystkie białe pola)

**CZĘŚĆ A - DANE WNIOSKODAWCY**

**I. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

<u>imię/imiona</u>	
<u>nazwisko</u>	
<u>pesel</u>	
<u>data urodzenia</u>	

**ADRES ZAMIESZKANIA**

<u>ulica:</u>	
<u>Nr domu</u>	
<u>nr lokalu</u>	
<u>miejsowość</u>	
<u>kod pocztowy</u>	
<u>poczta</u>	
<u>rodzaj miejscowości</u>	
<u>nr telefonu</u>	
<u>adres e-mail</u>	

**II. DANE DOTYCZĄCE PODOPIECZNEGO**

**NIE DOTYCZY**

<u>imię/imiona</u>	
<u>nazwisko</u>	
<u>pesel</u>	
<u>data urodzenia</u>	

**DANE ADRESOWE**

<u>ulica:</u>	
<u>Nr domu</u>	
<u>nr lokalu</u>	
<u>miejsowość</u>	
<u>kod pocztowy</u>	
<u>poczta</u>	
<u>rodzaj miejscowości</u>	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
<u>nr telefonu</u>	
<u>adres e-mail</u>	

**OPIEKUN USTANOWIONY/USTANOWIONA**

- przedstawicielem ustawowym  
 opiekunem prawnym

Postanowienie Sądu Rejonowego	
z dnia:	
Sygnatura akt:	

- Pełnomocnikiem na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza

imię i nazwisko	
z dnia:	
Nr repertorium	

**III. STOPIEN NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

stopień	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
grupa	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
niezdolność	<input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie dotyczy

**RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

- Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim  
 Inna dysfunkcja narządu ruchu  
 Dysfunkcja narządu wzroku  
 Dysfunkcja narządu słuchu i mowy  
 Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)  
 Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia  
 Inny / jaki

**CZĘŚĆ B- PRZEDMIOT WNIOSKU****I. KOSZTY REALIZACJI****PRZEDMIOT**

przedmiot wniosku/nazwa	
całkowity koszt zakupu	
wnioskowana kwota dofinansowania	
udział własny wnioskodawcy	
cel dofinansowania: ( <i>wskazać uzasadnione potrzeby prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu</i> )	
miejsce realizacji:	

**II. INFORMACJA O PRYZNANYCH WNIOSKODAWCY KWOTACH ZE ŚRODKÓW PFRON (DO 3 LAT PRZED ZŁOŻENIEM WNIOSKU).**

Cel dofinansowania	Numer umowy	Data przyznania dofinansowania	Kwota przyznana (w zł)	Umowa została rozliczona: (Stan rozliczenia umowy - niepotrzebne skreślić)
				TAK / NIE
				TAK / NIE
				TAK / NIE
				TAK / NIE
				TAK / NIE

**III. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH**

przelew na konto wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez wnioskodawcę

właściciel konta( imię i nazwisko)	
Nazwa banku	
Nr rachunku bankowego	

w kasie

konto podane na dowodzie zakupu

#### IV. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

##### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił: ..... zł ( słownie:.....).

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: .....

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

Uprowadzony/uprowadzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. 2019, poz. 1950 z późn. zm.) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1781 z późn. zm.).

#### V. DO NINIEJSZEGO WNIOSKU SKŁADAM NASTĘPUJĄCE ZAŁĄCZNIKI:

1. Kopię orzeczenia lub kopię wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 2019, poz. 1172 z późn. zm.).
2. Zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza uzasadniające potrzebę prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu wnioskowanego sprzętu.

<i>Miejscowość</i> .....	<i>Data</i> .....	<i>Podpis Wnioskodawcy/ przedstawiciela ustawowego/ opiekuna</i> .....
-----------------------------	----------------------	---

#### VI. WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU - WYPEŁNIA PCPR

WYPEŁNIA PCPR	WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU	WYPEŁNIA PCPR
Wniosek kompletny	<input type="checkbox"/> - NIE	<input type="checkbox"/> - TAK
Wniosek podlega uzupełnieniu o: ..... w terminie do nie dłuższym niż 30 dni, do dnia .....	<input type="checkbox"/> Wnioskodawca uzupełnił braki formalne dnia ..... <input type="checkbox"/> NIE uzupełniono braków formalnych -wniosek pozostaje bez rozpatrzenia	
Data weryfikacji formalnej wniosku: ...../ 20.... r.		
Podpis Pracownika PCPR dokonującego oceny wniosku.....		