………………….. ……………………………….

Nr sprawy Data wpływu wniosku

# 

# Pieczęć i podpis pracownika …………………………

# W N I O S E K

**o udzielenie dofinansowania ze środków PFRON na likwidację**

**barier w komunikowaniu się i technicznych dla osób niepełnosprawnych**

(proszę wypełnić czytelnie drukowanymi literami)

## **1. DANE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSEK:**

Imię i nazwisko ………………………………………………………………………………………………….

Data urodzenia: \_\_\_\_\_- \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PESEL: ………………………………………….

ADRES ZAMIESZKANIA:

Ulica/nr domu/mieszkania ………………………………………………………………………………

Kod …….-……… Miejscowość………………………………………………………….………………………………….

Telefon…………………………………………… email……………….………………………………

**2. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/ OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA** (wypełnić jeśli dotyczy)

Imię i nazwisko:…………………………………………………………………………………

PESEL:………………………………………………………………………………………….

Dowód osobisty: seria …….. nr………….. wydany w dniu ……………….przez…………….

ADRES ZAMIESZKANIA:

Ulica/nr domu/mieszkania ………………………………………………………………………………

Kod …….- ………Miejscowość………………………………………………………………………..

Telefon……………………………………………. e-mail……………………………………

**3.STOPIŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:**

…………………………………………………………………..………………………………………

ORGAN WYDAJĄCY DECYZJĘ O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:………………………………………………………………………….………………………………..

**4. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (zaznacz właściwe)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim |  |
| 2 | Inna dysfunkcja narządów ruchu (jaka?) ……………………………………………………… |  |
| 3 | Dysfunkcja narządu wzroku |  |
| 4 | Dysfunkcja narządów słuchu i mowy |  |
| 5 | Deficyt rozwojowy(upośledzenie umysłowe) |  |
| 6 | Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia |  |
| 7 | Inna niepełnosprawność (jaka?) ………………………………………………………………… |  |

**5. SYTUACJA ZAWODOWA (zaznacz właściwe)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Zatrudniony\*/ prowadzący działalność gospodarczą\* |  |
| 2 | Osoba w wieku od lat 18 do 26 ucząca się lub studiująca\* |  |
| 3 | Bezrobotny poszukujący pracy\*/ rencista poszukujący pracy\* |  |
| 4 | Rencista\*/emeryt\* nie zainteresowany podjęciem pracy |  |
| 5 | Dzieci, młodzież do lat 18 |  |

**6. OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA ZAMIESZKUJE (zaznacz właściwe)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | samotnie |  |
| 2 | z rodziną |  |
| 3 | z osobami nie spokrewnionymi |  |

**7. INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON (zaznacz właściwe)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Czy osoba niepełnosprawna korzystała ze środków PFRON | | | | | TAK: | | NIE: |
| Lp | Nr i data zawarcia umowy | Kwota | Cel umowy | Data przyznanego dofinansowania | | Stan rozliczenia | |
|  |  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  |  | |  | |

**8. INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA**

* Cel likwidacji barier:

………………..…………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* Przedmiot dofinansowania – szczegółowy wykaz urządzeń związanych z likwidacją barier w komunikowaniu się i technicznych oraz ich przewidywany koszt:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot dofinansowania** | **Kwota** |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |
| **3.** |  |  |
| **4.** |  |  |
| **5.** |  |  |
| **6.** |  |  |
|  | **RAZEM:** |  |

* Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:

…………………………………………………………………………………………………………

* Nakłady dotychczas poniesione na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc złożenia wniosku, wraz z podaniem źródeł finansowania:

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

* Wysokość wnioskowanego dofinansowania w zł.:

…………………………………………………………………………………………………………

**9. INFORMACJA O POSIADANYM RACHUNKU BANKOWYM**

* **Posiadam/ nie posiadam rachunek bankowy.**
* **Nazwa banku** ………………………………………….
* **Numer rachunku bankowego:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**10. OŚWIADCZEBIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW**

Oświadczam że, przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielny przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosi: …………………………………... zł.

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

**11. DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ:**

* kopię orzeczenia lub kopię wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt. 1a lub art. 62 ustawy, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r.,
* aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności i uzasadniające potrzebę likwidacji barier ( wystawione czytelnie, w języku polskim zgodnie z załącznikiem do wniosku),
* oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym,
* w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej – kserokopię zaświadczenia lub wyroku Sadu o ustanowieniu opiekuna prawnego,
* w przypadku reprezentowania osoby niepełnosprawnej przez pełnomocnika – kserokopię pełnomocnictwa poświadczonego przez notariusz,
* oferta cenowa na wnioskowane urządzenie.

**OŚWIADCZAM, ŻE:**

* nie mam zaległości wobec PFRON oraz że nie byłam/Em w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku strona umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
* posiadam środki finansowe w wysokości wystarczającej na pokrycie udziału własnego w realizacji zadania,
* wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb realizacji dofinansowania, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1182 z późn. zm.),

…………………………………………………………………………………………………

*Data i podpis wnioskodawcy (osoby niepełnosprawnej\* lub jej pełnomocnika\*, przedstawiciela ustawowego\*,*

*opiekuna prawnego\*)*

\*niepotrzebne skreślić