**Data wpływu:**

**Nr sprawy:**

**Do**

*(nazwa jednostki PCPR/MOPS)*

*(adres jednostki PCPR/MOPS)*

**WNIOSEK**

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji**

**Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych**

**Część A – DANE WNIOSKODAWCY**

|  |  |
| --- | --- |
| **ROLA WNIOSKODAWCY** | |
| **Wnioskodawca składa wniosek:** | We własnym imieniu  Jako rodzic  Jako opiekun prawny  Jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego)  na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie  na mocy pełnomocnictwa niepoświadczonego notarialnie |
| **DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY** | |
| **Imię:** |  |
| **Drugie imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Płeć:** |  |
| **ADRES WNIOSKODAWCY** | |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Gmina:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |
| **ADRES KORESPONDENCYJNY** | |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Gmina:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** | | | | | |
| **Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:** | tak  nie | | | | |
| **Stopień niepełnosprawności:** | Znaczny/I grupa inwalidztwa /niezdolności do samodzielnej egzystencji  Umiarkowany/II grupa inwalidztwa /całkowitej niezdolności do pracy  Lekki/III grupa inwalidztwa/ częściowa niezdolność do pracy | | | | |
| **Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:** | bezterminowo  okresowo – do dnia: | | | | |
| **Numer orzeczenia:** |  | | | | |
| **Rodzaj niepełnosprawności**  **(jeśli jest wskazany na orzeczeniu o niepełnosprawności):** | 01-U – upośledzenie umysłowe  02-P – choroby psychiczne  03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu  04-O – narząd wzroku  05-R – narząd ruchu  06-E – epilepsja  07-S – choroby układu oddechowego i krążenia  08-T – choroby układu pokarmowego  09-M – choroby układu moczowo-płciowego  10-N – choroby neurologiczne  11-I – inne  12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe | | | | |
| **ŚREDNI DOCHÓD** | | | | | |
| **Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:** | indywidualnie  wspólnie (wieloosobowe) | | | | |
| **Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:** |  | | | | |
| **Liczba osób niepełnosprawnych w gospodarstwie domowym** |  | | | | |
| **Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:** |  | | | | |
| KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON | | | | | |
| **Na likwidację barier technicznych ze środków finansowych PFRON w ciągu 3-ech ostatnich lat:** | korzystałem  nie korzystałem | | | | |
| **CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH UPRZEDNIO ŚRODKÓW PFRON**  **(w przypadku braku skorzystania przekreślić)** | | | | | |
| **Cel dofinansowania** | | **Nr umowy** | **Data zawarcia umowy** | **Kwota dofinansowania** | **Stan rozliczenia** |
|  | |  |  |  | rozliczono  nierozliczono  niedotyczy |

# Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

|  |  |
| --- | --- |
| **Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania (wskazanie przedmiotu zakupu):** |  |
| **Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):** |  |
| Słownie: |  |
| **Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON, co stanowi 95 % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania tj. (wskazać kwotowo wyliczenie 95%):** |  |
| Słownie: |  |
| **Deklarowane środki własne (wskazać kwotowo wyliczenie 5% wartości przedsięwzięcia):** |  |
| **Inne źródła finansowania np. środki własne (należy wskazać):** |  |
| **Cel dofinansowania i uzasadnienie:** |  |
| **WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU**  **LIKWIDACJI BARIER** | |
| **Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:** |  |
| **Miejsce realizacji zadania:** |  |
| **Termin rozpoczęcia:** |  |
| **Przewidywany czas realizacji:** |  |

## FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

|  |  |
| --- | --- |
| **Forma przekazania dofinansowania** | przelewem na rachunek bankowy  w kasie lub przekazem pocztowym  bezpośrednio na rachunek Sprzedawcy podany na dowodzie zakupu |
| **Właściciel konta (imię i nazwisko, ewentualnie nazwa Sprzedawcy):** |  |
| **Nazwa banku:** |  |
| **Nr rachunku bankowego:** |  |

**Część C – Dane dodatkowe**

## SYTUACJA ZAWODOWA

|  |  |
| --- | --- |
| **Sytuacja zawodowa wnioskodawcy:** | Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą  Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się lub studiująca  Dzieci i młodzież do 18 lat  Bezrobotny poszukujący pracy  Rencista poszukujący pracy  Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy |

## OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, iż do dnia złożenia wniosku nie poniosłem/poniosłam jakichkolwiek nakładów na poczet niniejszego wniosku.
2. 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.
3. **Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Przepisy wprowadzające Kodeks karny - 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.**
4. 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.
5. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
6. Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Miejscowość* | | *Data* | *Podpis Wnioskodawcy* |
|  | |  |  |
|  | **ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU** | | |
| **Lp.** | **Nazwa** | | |
|  | Kopia orzeczenia o niepełnosprawności | | |
|  | FV proforma | | |
|  |  | | |
|  |  | | |