**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  |
|  |       |
|  |       |