

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
				<input type="checkbox"/> rozliczono <input type="checkbox"/> nierozliczono <input type="checkbox"/> nie dotyczy

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	<input type="checkbox"/> przelewem na rachunek bankowy <input type="checkbox"/> w kasie lub przekazem pocztowym <input type="checkbox"/> 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

- Oświadczam, iż do dnia złożenia wniosku nie poniosłem/poniosłam jakichkolwiek nakładów na poczet niniejszego wniosku.
- 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.
- Upředzony/upředzona 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.**
- 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.
- Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
- 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
1.	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności
2.	FV proforma
3.	
4.	