

Ewidencja wpływu wniosku

Wypełnia sekretariat PCPR

Wypełnia PCPR

Nr sprawy PCPR.R.5144.....

Wniosek kompletny przyjęto do PCPR  
w Olsztynie  
w dn. ....

Pieczątko i podpis pracownika PCPR

**WNIOSEK**  
**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji**  
**Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w k o m u n i k o w a n i u s i ę**  
**osobie niepełnosprawnej**  
( wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)

**A. Dane dotyczące Wnioskodawcy** ( proszę wypełnić drukowanymi literami)

.....data urodzenia.....  
( imię, imiona i nazwisko )

seria.....nr ..... wydany w dniu ..... przez .....  
( dowód osobisty )

..... nr PESEL .....

miejsowość .....  
( podać dokładny adres zamieszkania z kodem, ulicą nr domu i nr lokalu )

..... nr telefonu .....

Proszę o dofinansowanie .....  
( należy podać przedmiot dofinansowania)

w łącznej wysokości ..... zł słownie złotych .....

co stanowi ..... % <sup>1</sup> ceny brutto, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z  
innych źródeł.

<sup>1</sup> wysokość dofinansowania wynosi do 95 % kosztów przedsięwzięcia, nie więcej jednak niż do wysokości piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia

Całkowity koszt ..... zł słownie złotych .....

**Oświadczam, że posiadam własne środki w wysokości ..... zł na pokrycie 5 % kosztów realizacji zadania .**

Cel dofinansowania

### **Informacje o Wnioskodawcy**

#### **I.A. Stopień niepełnosprawności <sup>2</sup>**

1.	znaczny, inwalidzi I grupy, osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie domowym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny, dzieci w wieku do lat 16 posiadające orzeczenie o niepełnosprawności	
2.	umiarkowany, inwalidzi II grupy, osoby całkowicie niezdolne do pracy	
3.	lekki inwalidzi III grupy, osoby częściowo niezdolne do pracy, osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

#### **I.B. Rodzaj niepełnosprawności <sup>3</sup>**

1.	dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim: wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	
2.	inna dysfunkcja narządu ruchu	
3.	dysfunkcja narządu wzroku	
4.	dysfunkcja narządu słuchu	

#### **II. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z wnioskodawcą ( w tym osoby niepełnosprawne )**

Lp	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Średni miesięczny dochód netto
1		Wnioskodawca	
2			
3			
4			
5			
6			
Suma			

<sup>2</sup> proszę wstawić X we właściwej rubryce

<sup>3</sup> proszę wstawić X we właściwej rubryce

### III. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych <sup>4</sup>

	TAK/ NIE	Numer umowy	Data zawarcia umowy	Kwota przyznanego dofinansowania
1. na likwidację barier w komunikowaniu się				
- korzystałem				
- nie korzystałem				

#### **Oświadczam, że:**

- nie mam zaległości wobec PFRON i
- w ciągu trzech lat od daty złożenia niniejszego wniosku nie byłem stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie
- wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez PCPR w Olsztynie i PFRON dla potrzeb związanych z realizacją zadań PCPR w Olsztynie na rzecz osób niepełnosprawnych finansowanych ze środków PFRON, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2016 r. poz. 922 z późn. zm.)
- nie dokonałem/am zakupu przedmiotu, którego dotyczy wniosek

### IV. Sytuacja zawodowa Wnioskodawcy<sup>5</sup>

1. zatrudniony*/ prowadzący działalność gospodarczą*	
2. osoba w wieku od lat 18 do 24 , ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca*	
3. bezrobotny poszukujący pracy* rencista poszukujący pracy*	
4. rencista*/ emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy	
5. dzieci i młodzież do lat 18	

**Upředzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego za fałszywe zeznania oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.**

.....  
(data, podpis Wnioskodawcy\* , przedstawiciela ustawowego\*, opiekuna prawnego\*, pełnomocnika\* )

<sup>4</sup> przy odpowiedzi TAK uzupełnić dany wiersz

<sup>5</sup> wstawić X we właściwej rubryce

\* odpowiednio podkreślić

**Przedstawiciel ustawowy ( dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik**

..... syn/córka.....  
(imię , imiona i nazwisko) (imię ojca)

seria ..... nr ..... wydany w dniu..... przez .....  
( dowód osobisty )

.....nr PESEL.....

miejsowość .....- .....  
( nr kodu ) ( dokładny adres zamieszkania )

ulica .....nr domu.....nr lokalu.....

ustanowiony opiekunem \*/pełnomocnikiem \*.....

(postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia ..... sygn. akt \* na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza ..... z dnia ..... repet. Nr .....).

\* odpowiednie podkreślić

**Załączniki do wniosku**

1. Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia **poświadczona za zgodność z oryginałem**, o którym mowa w art. 1 , art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 2046 z późn. zm.) , 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 1998r. potwierdzona za zgodność z oryginałem.
2. Zaświadczenie lekarskie zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu (**ważne 3 miesiące od daty wydania**) .
3. Zaświadczenie lekarskie specjalisty uzasadniające konieczność likwidacji bariery w komunikowaniu się (**ważne 3 miesiące od daty wystawienia**).
4. Oferta cenowa lub faktura proforma.