

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 % ¹ ceny brutto, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z
innych źródeł.

¹ 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 ²

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 ³

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			

² proszę wstawić X we właściwej rubryce

³ proszę wstawić X we właściwej rubryce

III. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych ⁴

	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 Wnioskodawcy⁵

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*)

⁴ przy odpowiedzi TAK uzupełnić dany wiersz

⁵ 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)

ulicanr 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 2019 r. poz. 1172 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.