

.....
data wpływu kompletnego wniosku (dzień, miesiąc, rok)

pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

..... /,
nr kolejny wniosku rok złożenia wniosku

WNIOSEK

o dofinansowanie zakupu urządzeń (wraz z montażem*) lub wykonania usług* z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się

Wnioskodawca (proszę wypełniać drukowanymi literami)

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

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

nr PESELnr NIP

miejscowość..... ulicanr domu..... nr lokalu
adres stałego zameldowania

nr kodu poczta..... powiat.....

województwo nr tel./ faxu (z nr kier.)

Proszę o dofinansowanie* / sfinansowanie*
należy podać nazwę urządzenia (ewentualny montaż), rodzaj usługi

.....
.....
w łącznej wysokości zł

(słownie..... zł)

co stanowi % ceny brutto.

Ogólny koszt realizacji zadania wynosi zł,

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuje się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem*/ kosztem wykonania usługi*, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

* niepotrzebne skreślić

Uzasadnienie składanego wniosku

Informacje o Wnioskodawcy

I. Stopień niepełnosprawności⁽¹⁾

1. znaczny	
• inwalidzi I grupy	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
• osoby w wieku do lat 16 (w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat), którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
2. umiarkowany	
• inwalidzi II grupy	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy	
• inwalidzi III grupy ze względu na głuchotę lub głuchoniemotę	
3. lekki	
• pozostali inwalidzi III grupy	
• osoby częściowo niezdolne do pracy	
• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

II. Rodzaj niepełnosprawności⁽¹⁾

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 i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
punktacja (uwzględniająca stopień i rodzaj niepełnosprawności)	

III. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie członków wspólnego gospodarstwa domowego

Imię nazwisko - pokrewieństwo	niepełnosprawność		Dochód miesięczny netto (zł)
	Stopień ⁽²⁾	Rodzaj ⁽³⁾	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

(1) proszę wstawić X we właściwej rubryce

(2) proszę wstawić właściwe oznaczenia cyfrowe z tablicy I.

(3) proszę wstawić właściwe oznaczenia cyfrowe z tablicy II.

IV. Sytuacja zawodowa⁽¹⁾

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	
punktacja	

IV. Średni dochód miesięczny netto na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy⁽¹⁾

poniżej 100,00 zł	
101,00 - 200,00 zł	
201,00 - 300,00 zł	
301,00 - 400,00 zł	
401,00 - 500,00 zł	
501,00 - 600,00 zł	
601,00 - 700,00 zł	
701,00 - 800,00 zł	
powyżej 800,00 zł	

V. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON

Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON?				Tak: <input type="checkbox"/>	Nie: <input type="checkbox"/>
Nr i data zawarcia umowy	Kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	Źródło (PFRON, WOZiRON, Samorząd Powiatowy)

VII. Informacja o ewentualnym dofinansowaniu z innych źródeł, przeznaczonym na ten sam cel

.....

.....

.....

Upředzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art.297 § 1,2,3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. - Kodeks Karny (Dz.U. nr 88, poz.553) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się informować.

.....
podpis Wnioskodawcy/ Przedstawiciela ustawowego**
Opiekuna prawnego/ Pełnomocnika **

* niepotrzebne skreślić
 (1) proszę wstawić X we właściwej rubryce

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 nr NIP

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

adres stałego zameldowania

nr kodu..... poczta..... powiat

województwo..... nr tel./ faxu (z nr kier.).....

ustanowiony Opiekunem*/ Pełnomocnikiem*

* postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia sygn. akt

* na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza

z dnia repet. nr.....

(1) proszę wstawić znak X we właściwej rubryce

* niepotrzebne skreślić

Załączniki do wniosku

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu
4. Zaświadczenie*/ oświadczenie* o dochodach netto Wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą
5. Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy
6. Kopia decyzji o przyznaniu zasiłku pielęgnacyjnego, w przypadku jego pobierania
7. Kopia decyzji o przyznaniu świadczeń pomocy społecznej, jeśli takie występują
8. Dokument potwierdzający inne niż PFRON źródła finansowania zadania