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

WNIOSEK

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

Wnioskodawca (proszę wypełnić drukowanymi literami)

……..syn/córka……
Imię (imiona) i nazwisko — imię ojca

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

nr PESEL …….. nr NIP ……..

miejscowość ……..…….. ulica ……..…. nr domu …..…. nr lokalu….....
dokładny adres

nr kodu….... - ……. poczta ……..…….. powiat…… .

województwo …….. nr tel./fax (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, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł.

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję 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

Krótkie uzasadnienie składanego wniosku

……
……
……
……
……
…… .

I.A. Stopień niepełnosprawności [1]

1. Znaczny	
• Inwalidzi I grupy	
• Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do 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	

I.B 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 narządów słuchu i mowy	
5. Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

III. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą (w tym osoby niepełnosprawne)

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

IV. Sytuacja zawodowa [1]

1. Zatrudniony*/prowadzący działalność gospodarczą*	
2. Osoba w wieku od 18 do 24 lat, 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	

[1] proszę wstawić X we właściwej rubryce
[2] proszę wstawić właściwe oznaczenia cyfrowe z tablicy I.A.
[3] proszę wstawić właściwe oznaczenie cyfrowe z tablicy I.B.
* niepotrzebne skreślić

V. Średni dochód miesięczny (brutto) na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy [1]

1. poniżej 100.00 zł	
2. 101.00 – 200.00 zł.	
3. 201.00 – 300.00 zł.	
4. 301.00 – 400.00 zł.	
5. 401.00 – 500.00 zł.	
6. 501.00 – 600.00 zł.	
7. 601.00 – 700.00 zł.	
8. 701.00 – 800.00 zł.	
9. powyżej 800.00 zł.	

VI. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych [1]

1. Na likwidację barier w komunikowaniu się:	
1.1. Nie korzystałem	
1.2. Korzystałem (w tym ze środków przyznanych przez WOZiRON)	
a) Przedmiot dofinansowania……	
b) Data otrzymania dofinansowania……..	
c) Kwota dofinansowania [zł]……	
2. Korzystałem na inne cele ustawowe i rozliczyłem się	
3. Korzystałem na inne cele ustawowe i jestem w trakcie rozliczenia	
4. Korzystałem i nie rozliczyłem się	

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

……
……
……
……. .

Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz.U.Nr 88, poz.553) 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.

…….
(podpis Wnioskodawcy*, przedstawiciela ustawowego*, Opiekuna prawnego*, pełnomocnika)

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 ……..

miejscowość ……..…….. ulica ……..…. nr domu …..…. nr lokalu….....
dokładny adres

nr kodu….. - ……. poczta ……..…….. powiat…….…….

województwo …….. nr tel./fax (z nr kier.)……..…..

ustanowiony opiekunem*/pełnomocnikiem* …… .

(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. …….. syg. akt.*/ na mocy pełnomocnictwa

potwierdzonego przez Notariusza……. z dn. …… repet. nr ……)

[1] wstawić 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.
4. Zaświadczenie*/oświadczenie o dochodach Wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą, **obliczone za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku**.
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. zgoda właściciela budynku lub lokalu mieszkalnego, jeżeli taka zgoda jest wymagana.

Załącznik do wniosku dot.
likwidacji barier w komunikowaniu się

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Ja niżej podpisany(a)……,

1. Oświadczam, że w ciągu ostatnich 3 lat korzystałem(am) / nie korzystałem(am)* ze środków PFRON na realizację zadania z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się.
2. Korzystałem(am) z dofinansowania / dotacji* na zakup ……., w kwocie ……., umowa nr …….., z dnia……, rozliczyłem(am) się / nie rozliczyłem(am) się.*
3. Oświadczam, że posiadam środki własne w wysokości 20% kosztów zakupu związanego z likwidacją barier.
4. Oświadczam, że posiadam / nie posiadam* środków z innych źródeł na dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się.
5. Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a), że dofinansowanie ze środków Funduszu nie obejmuje kosztów związanych z realizacją zadania, poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.
6. Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych znajdujących się w bazie PCPR w Kaliszu zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U.Nr 101, poz. 926 ze zm.).
7. Uprzedzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeksu Karnego (Dz.U.Nr 88, poz. 553 ze zm.) oświadczam, że podane we wniosku oraz w załącznikach informacje są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.
8. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się informować w ciągu 14 dni od ich zaistnienia.
9. Zobowiązuje się do zapłacenia z własnych środków kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu, a kwotą dofinansowania przyznaną ze środków PFRON, pomniejszoną o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł.

…… …….
data czytelny podpis wnioskodawcy /
przedstawiciela ustawowego / opiekuna prawnego