

pieczęć jednostki
rozpatrującej wniosek

nr kolejny wniosku

powiat

rok złożenia wniosku

WNIOSEK**o dofinansowanie zakupu urządzeń lub wykonania usług z zakresu
likwidacji barier w komunikowaniu się****UWAGA:**

1. Przed wypełnieniem wniosku proszę zapoznać się z zasadami i procedurami udzielania osobie fizycznej dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na likwidację barier w komunikowaniu się.
2. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.

Wnioskodawca (proszę wypełnić drukowanymi literami)**1. Imię (imiona) i nazwisko****2. Dowód osobisty**

seria

nr

wydany w dniu

przez

3. Nazwa banku i nr rachunku (do podania
po podpisaniu umowy, przy składaniu faktury rozliczeniowej)**4. Nr PESEL****5. Adres
zamieszkania**

kod pocztowy

miejscowość

ulica

nr domu

nr mieszkania

powiat

telefon/fax (z kier.)

województwo

Wniosek składam: (1)

- ☐ 1. po raz pierwszy
- ☐ 2. po raz kolejny - wpisać rok złożenia ostatniego wniosku

ORZECZENIE: czasowe ☐ do dnia, stałe ☐**Proszę o dofinansowanie** należy podać nazwę urządzenia lub rodzaj usługi

.....

.....

.....

.....

w łącznej wysokości słownie zł

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

Przewidywany koszt realizacji zadania,

termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

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

1. Cel dofinansowania: Krótkie uzasadnienie składanego wniosku, **Informacje o Wnioskodawcy i miejscu realizacji zadania.**

I. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik ⁽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 16 lat (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
3. dysfunkcja narządu wzroku
4. dysfunkcja narządu słuchu
5. dysfunkcja narządu mowy
6. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)
7. 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 netto (zł)
	stopień ⁽²⁾	rodzaj ⁽³⁾	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

IV. Przeciętny dochód miesięczny na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy

Liczba osób w gospodarstwie domowym
(podać liczbę)

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku **wynosi na osobę**

.....
(podać kwotę miesięcznie)

(1) proszę wstawić znak X we właściwej rubryce

(2) proszę wstawić właściwe oznaczenie cyfrowe z tablicy I

(3) proszę wstawić właściwe oznaczenie cyfrowe z tablicy II

V. Sytuacja zawodowa ⁽¹⁾	
1. zatrudniony* / prowadzący działalność gospodarczą*	
2. młodzież w wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca*	
3. bezrobotny poszukujący pracy* / rencista poszukujący pracy*	
4. rencista* / emeryt* niezainteresowany podjęciem pracy	
5. dzieci i młodzież do lat 18	
VI. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych ⁽¹⁾	
1. na likwidację barier w komunikowaniu się	
1.1. nie korzystam	
1.2. korzystałem umowa Nr z dnia	
a) przedmiot dofinansowania	
b) data otrzymania dofinansowania	
c) kwota dofinansowania (zł)	
2. korzystałem na inne cele ustawowe i jestem w trakcie rozliczania	
3. korzystałem na inne cele ustawowe i rozliczyłem się	
4. korzystałem i nie rozliczyłem się	
VII. Informacja o ewentualnym dofinansowaniu z innych źródeł, przeznaczonych na ten sam cel (załączyć dokumenty potwierdzające finansowanie z innych źródeł - w przypadku, gdy takie występują)	
VIII. Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania (o ile dotyczy)	

(1) proszę wstawić znak X we właściwej rubryce

Upředzonym 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 załącznikach 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 osobowych zawartych we wniosku, w bazie danych Warszawskiego Centrum Pomocy Rodzinie dla potrzeb niezbędnych do realizacji zadania dofinansowania na likwidację barier w komunikowaniu się zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. 2002, Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

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

* niepotrzebne skreślić

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), Opiekun prawny lub Pełnomocnik**1. Imię (imiona) i nazwisko****2. Syn/córka (imię ojca)****3. Dowód osobisty**

seria

nr

wydany w dniu

przez

4. Nr PESEL**5. Nr NIP****6. Adres**

kod pocztowy

miejscowość

ulica

nr domu

nr mieszkania

powiat

telefon/fax (z kier.)

województwo

7. Ustanowiony Opiekunem* / Pełnomocnikiem*

• postanowieniem Sądu Rejonowego

z dn.

sygn. akt

• na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza

z dn.

repet. nr

Załączniki do wniosku**1.** Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik.**2.** Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób.**3.** Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności, jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu.**4.** Zaświadczenie* / oświadczenie* o dochodach 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, jeżeli takie występują.**8.** Faktura pro-forma na sprzęt lub inny dokument potwierdzający planowany koszt zakupu.

* niepotrzebne skreślić