



## WNIOSK

o dofinansowanie ze środków PFRON **likwidacji barier technicznych** w związku  
z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

### I. DANE OSOBOWE WNIOSKODAWCY

<b><u>DANE WNIOSKODAWCY</u></b> (DZIECKA/PODOPIECZNEGO)- właściwe podkreślić	
IMIĘ.....	NAZWISKO .....
DATA URODZENIA.....	PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
MIEJSCOWOŚĆ.....	KOD POCZTOWY <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
ULICA .....	NR DOMU.....NR MIESZKANIA.....
DOWÓD OSOBISTY SERIA.....nr.....	WYDANY W DNIU.....PRZEZ.....
..... TELEFON.....	

<b><u>DANE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO/PEŁNOMOCNIKA</u></b> właściwie podkreślić	
IMIĘ.....	NAZWISKO.....
DATA URODZENIA.....	PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
MIEJSCOWOŚĆ.....	KOD POCZTOWY <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
ULICA .....	NR DOMU.....NR MIESZKANIA.....
DOWÓD OSOBISTY SERIA.....nr.....	WYDANY W DNIU.....PRZEZ.....
..... TELEFON.....	

**1. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik (proszę wstawić X we właściwej rubryce)**

<b>Znaczny</b>	
I grupa inwalidzka	
Osoba całkowicie niezdolna do pracy i do samodzielnej egzystencji	
Osoba stale albo długotrwale niezdolna do pracy w gospodarstwie rolnym, której przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
<b>Umiarkowany</b>	
II grupa inwalidzka	
Osoba całkowicie niezdolna do pracy	
<b>Lekki</b>	
Osoby częściowo niezdolne do pracy	
Osoby stale i długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	
Inwalidzi III grupy	
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności	
Orzeczenie ważne do:	

**2. Rodzaj niepełnosprawności (proszę wstawić X we właściwej rubryce)**

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządu słuchu	
5. dysfunkcja narządu mowy	
6. upośledzenie umysłowe	
7. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
8. inny/jaki?	

**3. Sytuacja zawodowa**

1. Zatrudniony*/prowadzący działalność gospodarczą*	
2. Osoba w wieku od 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. Osoby utrzymujące się z zasiłków z pomocy społecznej	
6. Dzieci, młodzież do lat 18	

\* niepotrzebne skreślić

#### 4. Średni dochód miesięczny na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy

Średni miesięczny dochód netto w gospodarstwie domowym		
Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym		
	w tym liczba osób niepełnosprawnych	
Średni dochód miesięczny netto na osobę		

#### 5. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON

korzystałem/łam:                      TAK                       NIE

Lp.	Numer umowy (jeśli dotyczy)	Cel umowy	Data przyznanego dofinansowania	Kwota przyznanego dofinansowania	Stan rozliczenia

#### 6. Przedmiot dofinansowania.....

należy podać nazwę urządzenia (ewentualny montaż), rodzaj usługi

.....

.....

.....

#### 7. Miejsce likwidacji barier

.....

.....

#### 8. Cel, na który zostanie przekazane dofinansowanie (wykaz planowanych przedsięwzięć oraz przewidywany koszt):

- 1.....zł
- 2.....zł
- 3.....zł
- 4.....zł
- 5.....zł

## 9. Uzasadnienie wniosku

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## 10. Termin realizacji zadania

.....

## 11. Przewidywany koszt realizacji zadania:

Kwota: .....zł

(słownie: .....złotych)

## 12. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania (do końca miesiąca poprzedzając miesiąc, w którym składany jest wniosek):

Kwota: .....zł (słownie: .....złotych)

## 13. Źródła dotychczasowego finansowania zadania

.....  
.....

## 14. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania:

Kwota: .....zł

(słownie: .....złotych)

Wysokość dofinansowania wynosi do 95% kosztów przedsięwzięcia, nie więcej jednak niż do wysokości piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia.

## Proszę o przekazanie dofinansowania na:

Nr konta.....

(nazwa banku i numer konta bankowego)

konto wskazane w fakturze

## II. Informacje końcowe

1. Oświadczam, że w ciągu **ostatnich 3 lat korzystałem(am)/ nie korzystałem(am)\*** ze środków PFRON na realizację zadania z zakresu likwidacji barier technicznych.
2. Zobowiązuję się do **zapłacenia z własnych środków** pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem\*/ kosztem usługi\*, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł, a przyznaną ze środków PFRON kwotą dofinansowania.
3. Oświadczam, że **posiadam\*/ nie posiadam\*** środki finansowe z innych źródeł na dofinansowanie likwidacji barier technicznych.

Lp.	Źródło finansowania	Cel dofinansowania	Kwota	Dokument potwierdzający
1				
2				
3				
4				

\*niepotrzebne skreślić

4. Oświadczam, iż przed złożeniem wniosku zapoznałem(am) się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych, która dostępna jest w siedzibie PCPR w Wodzisławiu Śląskim oraz na stronie [www.pcpr-wodzislaw.pl](http://www.pcpr-wodzislaw.pl), a Administratorem danych osobowych jest Dyrektor, reprezentujący Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wodzisławiu Śląskim.
5. Pouczony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r.-Kodeks Karny (Dz. U. z 2018, poz. 1600) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
6. Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Dyrektora PCPR o wszelkich zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku, mających wpływ na sposób jego rozpatrzenia.

.....  
podpis wnioskodawcy/ przedstawiciela

**Załączniki do wniosku:**

	<b>Nazwa załącznika</b>	<b>Dołączono do wniosku*</b>
1	<i>Kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub art. 62 ustawy, 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. (oryginał do wglądu)</i>	
2	Oryginały orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą w przypadku takich osób do wglądu.	
3	Aktualne zaświadczenie lekarskie, wystawione czytelnie w języku polskim przez lekarza pierwszego kontaktu zawierające informację o rodzaju posiadanych schorzeń oraz konieczności realizacji zadania zmierzającego do usunięcia barier technicznych - zgodnie z załącznikiem.	
4	Jedna oferta wnioskowanego sprzętu wraz z specyfikacją.	
5	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym (jeżeli dotyczy) - opiekuna prawnego lub pełnomocnika (oryginał do wglądu).	
6	Inne dokumenty (jakie)	

**\* właściwe zaznaczyć krzyżykiem**

**UWAGA!!!**

**Zaświadczenie z ZUS, w którym stwierdza się, że osoba posiada dany stopień niepełnosprawności nie jest dokumentem, na podstawie którego można ubiegać się o dofinansowanie.**

**W w/w przypadku należy zwrócić się do ZUS o wypis treści orzeczenia.**

.....  
(stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki zawodowej)

....., dnia.....

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb PCPR  
(prosimy wypełnić czytelnie)

Imię i Nazwisko pacjenta.....

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:**

.....  
.....

**2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności:**

.....  
.....  
.....  
.....

**3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące**

.....  
.....

**4. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny**

.....  
.....

**5. Konieczność realizacji zadań zmierzających do usunięcia barier technicznych, które umożliwiają lub w znacznym stopniu ułatwiają osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem \***

TAK (uzasadnić)

.....  
.....  
.....

NIE

**6. Niepełnosprawność pacjenta dotyczy (zakreślić właściwe):**

- dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
- wrodzony brak/amputacja dłoni lub rąk
- inna dysfunkcja narządu ruchu (jaka?).....

- .....
- dysfunkcja narządu słuchu i mowy
  - niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia
  - dysfunkcja narządu wzroku

**\* właściwe zaznaczyć**

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)

**! Zaświadczenie wydaje lekarz pierwszego kontaktu.**

---