

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**

<b>UWAGA:</b>
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.

<b>Wnioskodawca (proszę wypełnić drukowanymi literami)</b>			
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)			3. Nr PESEL
5. Adres			
	kod pocztowy	miejscowość	
	ulica	nr domu	nr mieszkania
	powiat	telefon/fax (z kier.)	
	Województwo	E-mail	

**Wniosek składam:(1)**

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

**ORZECZENIE:** czasowe  do dnia..... ,                      stałe 

<p>Proszę o dofinansowanie    należy podać nazwę urządzenia lub rodzaj usługi</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>w łącznej wysokości.....słownie.....zł</p> <p>co stanowi .....% ceny brutto, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł.</p> <p>Przewidywany koszt realizacji zadania .....</p> <p>termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania .....</p>
--

W przypadku uzyskania dofinansowania zobowiązuję 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 <sup>(1)</sup>**

<b>1. znaczny</b>		
• 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		
<b>2. umiarkowany</b>		
• inwalidzi II grupy		
• osoby całkowicie niezdolne do pracy		
• inwalidzi III grupy ze względu na głuchotę lub głuchoniemotę		
<b>3. lekki</b>		
• pozostali inwalidzi III grupy		
• osoby częściowo niezdolne do pracy		
• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy		

**II. Rodzaj niepełnosprawności <sup>(1)</sup>**

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 <sup>(2)</sup>	rodzaj <sup>(3)</sup>	
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 dochód w porozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę we wspólnym gospodarstwie domowym obliczony na kwartał poprzedzający miesiąc złożenia **wynosi na osobę** ..... (podać kwotę miesięcznie)

- (1) Proszę wstawić znak X we właściwej rubryce
- (2) Proszę wstawić właściwie oznaczenie cyfrowe z tablicy I
- (3) Proszę wstawić właściwie oznaczenie cyfrowe z tablicy II

<b>V. Sytuacja zawodowa <sup>(1)</sup></b>	
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	
<b>VI. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych <sup>(1)</sup></b>	
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	
<b>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)</b>	
.....	
.....	
.....	
.....	
<b>VIII Informacje 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).</b>	
.....	
.....	
.....	
.....	

(1) Proszę wstawić znak X we właściwej rubryce

Uprzedzony 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 dofinansowanie na likwidację barier w komunikowaniu się zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych ( tj.Dz. U. z 2014, poz. 1182 z póź.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		miejsowość
	ulica		nr domu
	powiat		nr mieszkania
	województwo		telefon/fax (z kier.)
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