Pieczęć jednostki
rozpatrującej wniosek

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

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 likwidacje barier technicznych.
2.	Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu).

A. Dane dotyczące wnioskodawcy *(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**.)…… **E-mail**……

Wniosek składam: (1)

☐ **1**. Po raz pierwszy

☐ 2. Po raz kolejny – wpisać rok złożenia ostatniego wniosku……

ORZECZENIE: czasowe ☐ **do dnia** _____ **, na stałe** ☐

Proszę o dofinansowanie (należy podać nazwę urządzenia lub rodzaju usługi)

……

……

……

W łącznej wysokości……słownie……zł.

Co stanowi ……..% ceny brutto, pomniejszonej o 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 cena 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) wstaw X we właściwej rubryce
* niepotrzebne skreślić

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 niezdolne do samodzielnej egzystencji..... ☐
- osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny..... ☐
- osoby w wieku do 16 lat(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..... ☐

II. **Rodzaj niepełnosprawności** (1)

1.dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim wrodzony brak albo amputacja dłoni i 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)

Nazwisko i imię- pokrewieństwo	**niepełnosprawność**		dochód miesięczny netto
	stopień (2)	**rodzaj** (3)	
1			
2.			
3.			

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 na osobę miesięcznie)*

---

(1) proszę wstawić znak X we właściwej rubryce
(2) proszę wstawić właściwe oznaczenie cyfrowe z tabeli I
(3) proszę wstawić właściwe oznaczenia cyfrowe z tabeli II..

V Sytuacja zawodowa (1)

1. Zatrudniony */ prowadzący działalność gospodarcza *
2. młodzież w wieki od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiującym*
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]

1.2 korzystałem umowa Nr z dnia…….[1]

α) przedmiot dofinansowania……

β) data trzymania dofinansowania……

χ) kwota dofinansowania zł ……

2. korzystałem na inne cele ustawowe i jestem w trakcie rozliczania [1]

3. korzystałem na inne cele ustawowe i rozliczyłem się[1]

4. korzystałem i nie rozliczyłem się [1]

VII. Informacja o ewentualnym dofinansowaniu z innych źródeł, przeznaczonych na e ten sam cel (załączyć dokumenty potwierdzające finansowanie z innych źródeł – w przypadku, gdy takie występują)

……
……
……

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)

……
……
……

Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks Karny (t.j.Dz.U.2016 poz.1137) 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 (t.j. Dz. U. 2016 poz.922).

_____

podpis wnioskodawcy* / przedstawiciela ustawowego* / opiekuna prawnego* / pełnomocnika

(1) właściwe zakreślić / * niepotrzebne skreślić

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), Opiekun prawny lub Pełnomocnik

1. **Imię (imiona) i nazwisko**

_____

nazwisko i imię / imiona

2. **Syn/córka(imię ojca**)……

3. **Dowód osobisty**

seria _____ nr _____ wydany w dniu _____ przez _____

4. **Nr PESEL**

5. **Adres**

Kod pocztowy **miejscowość**……

Ulica……**nr domu**……**nr mieszkania**……

Powiat……**tel**……**e-mail**……

6. **Ustanowiony Opiekunem* / Pełnomocnikiem ***

- **Postanowieniem Sądu Rejonowego** **z dnia**……**syg. akt**……
- **na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dnia**……**rep.nr**……

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

1. kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik

2. kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą,(jeśli takie osoby występują)
3. aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, jeśli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu,
4. zaświadczenie*/ oświadczenie* o dochodach wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z wnioskodawcą z ostatnich trzech miesięcy,
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. kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym - dotyczy opiekuna prawnego lub pełnomocnika
9. Faktura pro- forma na sprzęt lub inny dokument potwierdzający planowany koszt zakupu.

.

* niepotrzebne skreślić