

.....
numer kolejny wniosku

.....
data wpływu wniosku do PCPR

**WNIOSEK
O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON
LIKWIDACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ**

I. Dane osoby niepełnosprawnej, której dotyczy wniosek:

Imię i nazwisko	PESEL
Adres zamieszkania	Numer Identyfikacji Podatkowej NIP
Seria i numer dowodu osobistego	Kiedy i przez kogo został wydany
Data urodzenia	Telefon

Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekuna prawnego lub pełnomocnika osoby niepełnosprawnej:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Numer NIP Numer PESEL

Seria i numer dowodu osobistego wydanego przez
..... w dniu

Telefon kontaktowy

przedstawiciel ustawowy opiekun prawny pełnomocnik

II Określenie stopnia niepełnosprawności:

1. stopień znaczny (I grupa), niezdolność do samodzielnej egzystencji
2. stopień umiarkowany (II grupa), całkowita niezdolność do pracy
3. stopień lekki (III grupa), częściowa niezdolność do pracy
4. osoby niepełnosprawne w wieku do lat 16

III Rodzaj niepełnosprawności:

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
2. wrodzony brak lub amputacja kończyn górnych
3. inna dysfunkcja narządu ruchu
4. dysfunkcja narządu wzroku
5. inne schorzenia:

IV 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. dzieci i młodzież do lat 18

3. Wnioskodawca zamieszkuje:

samotnie z rodziną z osobami nie spokrewnionymi

VI Sposób poruszania się:

samodzielnie	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
na wózku inwalidzkim	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
o kulach lub lasce	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
korzysta z pomocy opiekunki domowej z GOPS	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

IV Inne osoby niepełnosprawne zamieszkujące z Wnioskodawcą

Lp.	Stopień pokrewieństwa	Stopień niepełnosprawności	Rodzaj niepełnosprawności

V Przedmiot dofinansowania

.....
.....

VI Rozpoznanie potrzeb wnioskodawcy wynikających z niepełnosprawności (dotyczy zakupu sprzętu komputerowego):

1. Czy w związku z rodzajem schorzenia wnioskodawca wymaga specjalistycznego oprogramowania:

TAK

NIE

2. Czy w związku z rodzajem schorzenia wnioskodawca wymaga specjalistycznego oprzyrządowania komputera (np. klawiatury z kontrastującymi literami, nakładki na klawiaturę, nakładki na głowę lub inne w zależności od potrzeb)

TAK

NIE

3. Czy wnioskodawca objęty jest pomocą logopedyczną lub inną mającą na celu rehabilitację mowy i słuchu: TAK NIE

VII Uzasadnienie wniosku (proszę podać w jaki sposób przedmiot dofinansowania określony w punkcie V przyczyni się do porpawy komunikowania się wnioskodawcy z otoczeniem):

.....

.....

.....

.....

.....

VIII Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON? TAK NIE

Jeżeli tak to proszę wypełnić poniższą tabelę

Lp.	Przedmiot dofinansowania (nazwa programu lub nazwa zadania ustawowego, w ramach którego przyznana została pomoc)	Rok zawarcia umowy	Kwota otrzymanego dofinansowania
1			
2			
3			
4			

IX Całkowity koszt zakupu wnioskowanego urządzenia:.....

X Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON – do 80 % kosztów

.....
(podpis wnioskodawcy*, przedstawiciela ustawowego*,
3 opiekuna prawnego*, pełnomocnika*)

OŚWIADCZENIE

1. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych wynikającej z art. 233 § 1 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.

1. Oświadczam, że przeciętny miesięcznych dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, uzyskany w roku podatkowym poprzedzającym dzień złożenia wniosku, wynosił zł

Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

2. Oświadczam, że mam/ nie mam* zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku otrzymałem(am)*/ nie otrzymałem(am)* odpowiednio na te cele dofinansowania ze środków Funduszu.

3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.)

.....
(podpis wnioskodawcy*, przedstawiciela ustawowego*,
opiekuna prawnego*, pełnomocnika*)

Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub równoważnego (oryginał do wglądu).
2. Kopię orzeczeń osób niepełnosprawnych mieszkających wspólnie z wnioskodawcą (oryginały do wglądu).
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności wg załącznika nr 1
4. Oferta cenowa dotycząca zakupu wnioskowanego urządzenia lub przedmiotu (w przypadku kilku elementów składowych należy określić ich ceny jednostkowe) w przypadku sprzętu komputerowego również oprogramowania.
5. Opinia psychologa lub pedagoga szkolnego lub logopedy bądź z poradni psychologiczno – pedagogicznej.