

**WNIOSEK**  
**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB**  
**NIEPEŁNOSPRAWNYCH LIKWIDACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ**  
**W ZWIĄZKU Z INDYWIDUALNYMI POTRZEBAMI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

**DANE WNIOSKODAWCY**

**DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

<b>Imię:</b>		<b>Drugie imię:</b>	
<b>Nazwisko:</b>		<b>PESEL:</b>	
<b>Data urodzenia:</b>		<b>Płeć:</b>	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

**ADRES ZAMIESZKANIA**

<b>Miejscowość:</b>		<b>Ulica:</b>	
<b>Numer domu:</b>		<b>Numer lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>		<b>Poczta:</b>	
<b>Rodzaj miejscowości:</b>	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś	<b>Numer telefonu:</b>	
<b>Adres email:</b>			

**ADRES KORESPONDENCYJNY**

taki sam jak adres zamieszkania

<b>Miejscowość:</b>		<b>Ulica:</b>	
<b>Numer domu:</b>		<b>Numer lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>		<b>Poczta:</b>	

**DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**

<b>Imię:</b>		<b>Drugie imię:</b>	
<b>Nazwisko:</b>		<b>PESEL:</b>	
<b>Data urodzenia:</b>		<b>Płeć:</b>	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

**ADRES ZAMIESZKANIA i DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO**

dane takie same jak Wnioskodawcy

<b>Miejscowość:</b>		<b>Ulica:</b>	
<b>Numer domu:</b>		<b>Numer lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>		<b>Poczta:</b>	
<b>Rodzaj miejscowości:</b>	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś	<b>Numer telefonu:</b>	
<b>Adres email:</b>			

## STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<b>Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:</b>		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<b>Stopień niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy	<b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia: _____
<b>Grupa inwalidzka:</b>	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy	<b>Niezdolność:</b>	<input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<b>Rodzaj niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> 01-U	upośledzenie umysłowe	
	<input type="checkbox"/> 02-P	choroby psychiczne	
	<input type="checkbox"/> 03-L	zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	<input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema
	<input type="checkbox"/> 04-O	narząd wzroku	<input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma
	<input type="checkbox"/> 05-R	narząd ruchu	<input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych
	<input type="checkbox"/> 06-E	epilepsja	
	<input type="checkbox"/> 07-S	choroby układu oddechowego i krążenia	
	<input type="checkbox"/> 08-T	choroby układu pokarmowego	
	<input type="checkbox"/> 09-M	choroby układu moczowo-płciowego	
	<input type="checkbox"/> 10-N	choroby neurologiczne	
	<input type="checkbox"/> 11-I	inne	
	<input type="checkbox"/> 12-C	całościowe zaburzenia rozwojowe	
<b>Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:</b>		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b> <input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

## ŚREDNI DOCHÓD

<b>Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:</b>	<input type="checkbox"/> indywidualnie <input type="checkbox"/> wspólne
<b>Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy<sup>1</sup>:</b>	
<b>Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:</b>	

## KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

(zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny i/lub likwidacja barier architektonicznych i/lub w komunikowaniu się i/lub technicznych i/lub dofinansowania w ramach programu Aktywny samorząd)

<b>Ze środków finansowych PFRON:</b>	<input type="checkbox"/> nie korzystałam/em <input type="checkbox"/> korzystałam/em			
CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON				
CEL DOFINANSOWANIA	NUMER UMOWY	DATA ZAWARCIA UMOWY	KWOTA DOFINANSOWANIA	STAN ROZLICZENIA

<sup>1</sup> przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku

**PRZEDMIOT WNIOSKU****PRZEDMIOT 1**

<b>Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:</b>			
<b>Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):</b>		<b>Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:</b>	
		Słownie:	
Słownie:		<b>co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:</b>	
<b>Deklarowane środki własne:</b>			
<b>Inne źródła finansowania:</b>			
<b>WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER</b>			
<b>Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:</b>			
<b>Miejsce realizacji zadania:</b>			
<b>Termin rozpoczęcia:</b>			
<b>Przewidywany czas realizacji:</b>			
<b>OPIS PONIESIONYCH NAKŁADÓW</b>			
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: _____			
<b>FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH</b>			
<input type="checkbox"/> przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:			
Właściciel konta (imię i nazwisko):			
Nazwa banku:			
Numer rachunku bankowego:			
<input type="checkbox"/> przekazem pocztowym na adres zamieszkania Wnioskodawcy			
<input type="checkbox"/> <b>konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi</b>			

**SYTUACJA ZAWODOWA**

<input type="checkbox"/> zatrudniony/ prowadzący działalność gospodarczą	<input type="checkbox"/> bezrobotny poszukujący pracy
<input type="checkbox"/> osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca	<input type="checkbox"/> rencista poszukujący pracy
<input type="checkbox"/> rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy	<input type="checkbox"/> dzieci i młodzież do lat 18
<input type="checkbox"/> inne/jakie:	

**INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE****OŚWIADCZENIE**

- W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.
- Oświadczam, iż nie mam zaległości wobec PFRON.
- Oświadczam, że w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku nie byłam/byłem stroną umowy zawartej z PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
- Oświadczam, że w moim gospodarstwie domowym są dodatkowe osoby niepełnosprawne:
  - nie**
  - tak:**
    - 1 osoba**
    - 2 osoby**
- Oświadczam, iż mój stan zdrowia pozwala na samodzielne użytkowanie i obsługę wnioskowanego przedmiotu dofinansowania.

6. Zgodnie z § 14 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015 roku poz. 926 ze zm.) oraz § 6 ust. 5 szczegółowych zasad i procedur udzielania osobie fizycznej dofinansowania ze środków PFRON do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny stanowiących załącznik nr 1 do Zarządzenia Starosty Świeckiego nr 216/14 z dnia 24 lutego 2014 roku ze zm. przyjmuję do wiadomości, iż **dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionego przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.**
7. Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r. poz. 1444, 1517.) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

*Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych dostępna jest w siedzibie PCPR ul. Wojska Polskiego 195 A, 86-100 Świecie oraz na stronie internetowej PCPR (<http://pcpr-swiecie.rbip.mojregion.info>)*

MIEJSCOWOŚĆ	DATA	PODPIS WNIOSKODAWCY

### ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

1. Kserokopia orzeczenia lub wypisu z treści orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności lub o niezdolności do pracy lub o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów, albo kopię orzeczenia o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego na stałe przed dniem 1 stycznia 1998r.
2. Zaświadczenie lekarskie w przypadku ubiegania się o dofinansowanie sprzętu komputerowego (na druku PCPR w Świeciu)
3. Zaświadczenie od dyrektora szkoły o pobieraniu nauki w przypadku, gdy wnioskodawca pobiera naukę.
4. Zaświadczenie lekarza/ logopedy/ dyrektora szkoły/ poradni psychologiczno- pedagogicznej w przypadku ubiegania się o dofinansowanie specjalistycznych programów komputerowych/ edukacyjnych.
5. Zaświadczenie Powiatowego Urzędu Pracy o statusie zawodowym w przypadku, gdy wnioskodawca jest osobą bezrobotną lub poszukującą pracy.
6. Zaświadczenie od pracodawcy w przypadku, gdy wnioskodawca jest osobą zatrudnioną (na druku PCPR w Świeciu).
7. Inne (wg potrzeb)