

Znak sprawy: RON.543.3.....2017

W N I O S E K

O dofinansowanie zakupu urządzeń z zakresu likwidacji barier technicznych.

Uwaga, przed wypełnieniem wniosku proszę zapoznać się z zasadami i procedurami udzielania osobie fizycznej dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na likwidację barier technicznych.

URZĄDZENIE NIE MOŻE ZOSTAĆ ZAKUPIONE PRZED PODPISANIEM UMOWY O DOFINANSOWANIE !!!

Dane wnioskodawcy/dziecka (proszę wypełnić drukowanymi literami)

.....syn / córka

(imię (imiona) i nazwisko)

(imię ojca)

seria..... nr..... ważny do dnia.....wydany przez.....

(dane z dowodu osobistego)

nr PESEL Zam. miejscowość.....

ulica..... nr domu..... nr lokalu.....

nr kodu-..... poczta powiat

województwonr tel. / faxu (z nr. kier.)

Proszę o dofinansowanie

.....
w łącznej wysokości zł

(słowniezł)

co stanowi 95 % ceny brutto.

Oświadczam, że zobowiązuje się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem* / kosztem wykonania usługi*, a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

* niepotrzebne skreślić

UZASADNIENIE:

Potrzeba likwidacji barier technicznych (jakie utrudnienia techniczne powoduje obecny stan – w odniesieniu do niepełnosprawności Wnioskodawcy).

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

Cel likwidacji barier technicznych

(proszę podać w jaki sposób przedmiot dofinansowania określony we wniosku usprawni funkcjonowanie i przyczyni się do likwidacji barier technicznych).

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

INFORMACJE O WNIOSKODAWCY

I. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą (w tym osoby niepełnosprawne)

Imię i nazwisko	niepełnosprawność		Pokrewieństwo
	stopień	rodzaj	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

II. Sytuacja zawodowa

1. zatrudniony/ prowadzący działalność gospodarczą	
2. rencista, emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy	
3. bezrobotny poszukujący pracy/ rencista poszukujący pracy	
4. osoba w wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym, studiująca	
5. dzieci i młodzież do lat 18	
6. Inne (jakie?):	

III. Oświadczenie o dochodach

Niniejszym oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód mojej rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił:zł.

Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

Jednocześnie oświadczam, że nie posiadam zaległości wobec PFRON i nie byłam/em w ciągu trzech lat przed złożeniem niniejszego wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

IV. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

1. Na likwidację barier technicznych	
a) nie korzystałem	
b) korzystałem (podać rok)	
2. Korzystałem na inne cele ustawowe i rozliczyłem się	
3. Korzystałem na inne cele ustawowe i jestem w trakcie rozliczenia się	
4. Korzystałem i nie rozliczyłem się	

proszę wstawić znak x we właściwej rubryce

Nazwa banku i numer rachunku bankowego:.....
.....

Oświadczam jednocześnie, że posiadam własne środki finansowe w wysokości co najmniej 5% kosztów kwalifikowanych na zakup urządzenia w zakresie likwidacji barier technicznych.

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych lub zatajanie prawdy.
O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy* / Przedstawiciela ustawowego* / Opiekuna Prawnego* / Pełnomocnika*)

***Informujemy, iż Wnioskodawca może zostać poddany kontroli w zakresie zakupionego sprzętu oraz prawidłowości jego wykorzystania w ciągu trzech lat od otrzymania dofinansowania.**

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

.....syn/ córka
imię (imiona) i nazwisko

seria nr wydany w dniu przez
(dowód osobisty)

nr PESEL

miejsowość ulica nr domu nr lokalu

nr kodu - poczta powiat

województwo nr tel. / faxu (z nr kier.)

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 orzeczeń o 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.**

I. Opinia Komisji ds. opiniowania wniosków o dofinansowanie likwidacji barier technicznych :

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

II. Decyzja o przyznaniu dofinansowania

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

.....
(pieczęć i podpis pracownika PCPR)

.....
(pieczęć i podpis Dyrektora PCPR)

Data

(stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej)

Załącznik do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier technicznych
ZASWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
Wydane na potrzeby PCPR

Imię i nazwisko pacjenta

Data urodzenia

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

2. Opis schorzenia będącego przyczyną 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

Niepełnosprawność pacjenta dotyczy *

A. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim wrodzony brak lub amputacja dłoni lub rąk

B. inna dysfunkcja narządu ruchu (jaka?)

C. dysfunkcja narządu słuchu i mowy

D. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)

E. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia

F. dysfunkcja narządu wzroku

.....
Pieczętka i podpis lekarza

* właściwe zaznaczyć

(stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej)

Załącznik do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON zakupu **łóżka ortopedycznego**

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Wydane na potrzeby PCPR

Imię i nazwisko pacjenta

Data urodzenia

Rozpoznanie choroby zasadniczej

Zaświadczam, że pacjent jest/nie jest* osobą trwale leżącą, bez możliwości samoobsługi w zakresie higieny osobistej i czynności fizjologicznych.

.....
Pieczątko i podpis lekarza

*** niepotrzebne skreślić**