

.....
Data wpływu kompletnego wniosku (dzień, miesiąc, rok)

RON: 543.2.....2017

W N I O S E K

O dofinansowanie zakupu urządzeń (wraz z montażem*) lub wykonania usług* z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się w związku z indywidualnymi potrzebami osoby niepełnosprawnej.

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

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

Proszę o dofinansowanie

.....
w łącznej wysokości zł
(słownie zł)

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 w komunikowaniu się (jakie utrudnienia w komunikowaniu się powoduje obecny stan – w odniesieniu do niepełnosprawności Wnioskodawcy).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Cel likwidacji barier w komunikowaniu się

(proszę podać w jaki sposób przedmiot dofinansowania określony we wniosku usprawni samodzielne lub sprawniejsze funkcjonowanie Wnioskodawcy i przyczyni się do likwidacji barier w komunikowaniu się).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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.			

II. Sytuacja zawodowa

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* nie zainteresowany podjęciem pracy	
5.Dzieci i młodzież do lat 18	

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 w komunikowaniu się	
a) nie korzystałem	
b) korzystałem (podać rok i rodzaj urządzenia)	
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 w komunikowaniu się.

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 nr NIP
miejscowość ulica nr domu nr lokalu
(adres stałego zameldowania)

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.

4.Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.

I.Opinia Komisji ds. opiniowania wniosków o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się

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

II.Decyzja o przyznaniu dofinansowania

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

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

Data

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

(stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej)

Załącznik do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier w komunikowaniu się
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 w komunikowaniu się, które umożliwiają lub w znacznym stopniu ułatwiają osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem *

TAK (uzasadnić)

.....

.....

NIE

Niepełnosprawność pacjenta dotyczy *

- dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim wrodzony brak lub amputacja dłoni lub rąk
- inna dysfunkcja narządu ruchu (jaka?)
- dysfunkcja narządu słuchu i mowy
- deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)
- niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia
- dysfunkcja narządu wzroku

.....
Pieczęć i podpis lekarza

* właściwe zaznaczyć