Załącznik nr 1 do Zasad dofinansowania likwidacji barier w komunikowaniu się w związku   
z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych.

Numer sprawy

Data wpływu kompletnego wniosku

Pieczęć PCPR

**W N I O S E K**

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się w związku   
z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych**

***Uwaga!! Przed wypełnieniem niniejszego wniosku należy zapoznać się z Zasadami dofinansowania likwidacji barier technicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **I. Wnioskodawca** (proszę wypełnić drukowanymi literami) | | | | |
| 1. Imię (imiona) i nazwisko | | 2. Imię ojca | | |
| 3. Dowód osobisty  seria nr wydany w dniu przez | | | | |
| 4. Nr PESEL | | 5. Nr NIP | | |
| 6. Adres zamieszkania | | | | |
| Ulica | | | nr domu | nr mieszkania |
| Miejscowość | kod pocztowy | | Powiat | Województwo |
| telefon (z nr kier.) | | | telefon komórkowy | |

**I.A. Stopień niepełnosprawności**1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Znaczny stopień niepełnosprawności\ inwalidzi I grupy\ osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji |  |
| 2. | Umiarkowany stopień niepełnosprawności\ inwalidzi II grupy\ osoby całkowicie niezdolne do pracy |  |
| 3. | Lekki stopień niepełnosprawności\ inwalidzi III grupy\ osoby częściowo niezdolne do pracy\ osoby długotrwale niezdolne do pracy |  |
| 4. | Osoby w wieku do lat 16 posiadające orzeczenie o niepełnosprawności |  |

**I.B. Rodzaj niepełnosprawności**2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim lub wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk |  |
| 2 | Inna dysfunkcja narządów ruchu |  |
| 3 | Dysfunkcja narządu wzroku |  |
| 4 | Dysfunkcja narządów słuchu i mowy |  |
| 5 | Deficyt rozwojowy(upośledzenie umysłowe) |  |
| 6 | Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia i inne |  |

**II. Sytuacja zawodowa**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Zatrudniony\*/ prowadzący działalność gospodarczą\* |  |
| 2 | Osoba 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. | Osoby utrzymujące się z zasiłków z pomocy społecznej |  |
| 5 | Dzieci, młodzież do lat 18 |  |

**III. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym   
z Wnioskodawcą**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko - pokrewieństwo | niepełnosprawność | | Dochód miesięczny  netto |
| Stopień1 | Rodzaj2 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |

**IV. Średni dochód miesięczny na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy**

|  |  |
| --- | --- |
| Średni miesięczny dochód netto w gospodarstwie domowym |  |
| Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym |  |
| Średni dochód miesięczny netto na osobę |  |

**V. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Na likwidację barier technicznych korzystałem\łam1: | TAK |  | NIE |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Numer umowy | Cel umowy | Data przyznanego dofinansowania | Kwota przyznanego dofinansowania | Stan rozliczenia |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**VI. Deklarowany udział własny Wnioskodawcy i/lub sponsora**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania | …………% |
| 2 | Deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania | ……… % |

**VI A. Informacja o ewentualnym dofinansowaniu z innych źródeł na ten sam cel:**

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

**VII. Cel likwidacji barier w komunikowaniu się (przedmiot wniosku):**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**VIII. Uzasadnienie wniosku**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

I**X. Termin realizacji zadania:**

Data rozpoczęcia: ……………………….….. Data zakończenia: ……….………………….

**X. Przewidywany koszt realizacji zadania:**

Kwota: …………………….……. zł

(słownie: ……………………….………………………………………….………… złotych)

**XI. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizacje zadania (do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek):**

Kwota ……….. zł (słownie ………………………………………………………… złotych)

**XI.A. Źródła dotychczasowego finansowania zadania:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**XII. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania:**

Kwota: .………………... zł

(słownie: ……………………………………………………………………………… złotych)

**XIII. Bank i numer rachunku bankowego, na który zostało przekazane dofinansowanie:**

(wypełnia pracownik Centrum)

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa banku | Numer rachunku bankowego |

**Uprzedzony o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.**

**O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.**

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1182, z późn. zm.)**

………………………………………………………………………….

(podpis Wnioskodawcy\*, przedstawiciela ustawowego\*, opiekuna prawnego\*, pełnomocnika)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedstawiciel ustawowy, opiekun prawny lub pełnomocnik** | | | | |
| 1. Imię (imiona) i nazwisko | | 2. Imię ojca | | |
| 3. Dowód osobisty  seria nr wydany w dniu przez | | | | |
| 4. Nr PESEL | | 5. Nr NIP | | |
| 6. Adres zamieszkania | | | | |
| Ulica | | | nr domu | nr mieszkania |
| Miejscowość | kod pocztowy | | Powiat | Województwo |
| telefon (z nr kier.) | | | telefon komórkowy | |
| Ustanowiony opiekunem\ pełnomocnikiem na podstawie | | | | |

**Załączniki do wniosku:**

**ETAP I**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Wykaz załączników*** | | ***Dostarczono***  ***TAK/NIE*** | ***Data uzupełnienia*** |
| 1. Kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z poźn. zm.), a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopie orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy  w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r. | |  |  |
| 2. Kopia orzeczeń, o których mowa wyżej, osób niepełnosprawnych zamieszkałych wspólnie z wnioskodawcą, w przypadku takich osób, | |  |  |
| 3 Aktualne zaświadczenie lekarskie, wypełnione przez lekarza specjalistę zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności  i potwierdzające konieczność zaopatrzenia w przedmiot wniosku (załącznik nr 2), | |  |  |
| 4. Oświadczenie (załącznik nr 1), | |  |  |
| 5. Trzy różne oferty cenowe na przedmiot wniosku | |  |  |
| 5a. | |  |  |
| 5a. | |  |  |
| 6. Oświadczenie o dochodach Wnioskodawcy (załącznik nr 3) | |  |  |
| 6a. Oświadczenie o dochodach ………………………………………………... | |  |  |
| 6b. Oświadczenie o dochodach ………………………………………………… | |  |  |
| 6c. Oświadczenie o dochodach ………………………………………………... | |  |  |
| 6d. Oświadczenie o dochodach ………………………………………………... | |  |  |
| 6e. Oświadczenie o dochodach ………………………………………………... | |  |  |
| 7. Inne dokumenty | | | |
| 1) |  | |  |
| 2) |  | |  |
| 3) |  | |  |
| 4) |  | |  |
| 5) |  | |  |

1) wstaw x we właściwym wierszu

2) wstaw właściwe oznaczenie cyfrowe z tabeli I.A. z pierwszej strony wniosku,

3) wstaw właściwe oznaczenie cyfrowe z tabeli I.B. z pierwszej strony wniosku,

\*) niepotrzebne skreślić

**Wniosek niekompletny Stwierdzam kompletność**

……………………………………….. …………………………………………

/data i podpis/ /data i podpis/

**Adnotacje przyjmującego wniosek:**

**Opinia merytoryczna, co do kompletności wniosku i załączników oraz zasadności wniosku:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………….

/data i podpis/

**Decyzja o przyznaniu lub odmowie przyznania dofinansowania z uzasadnieniem:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

…………………………..

/data i podpis/