

# W N I O S E K

## **o dofinansowanie zakupu urządzeń z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się/technicznych\***

\*\*\*\*\*  
**Uwaga**, przed wypełnieniem wniosku proszę zapoznać się z zadaniami i procedurami udzielania osobie fizycznej dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na likwidację barier w komunikowaniu się  
\*\*\*\*\*

### **Wnioskodawca\* (proszę wypełnić drukowanymi literami)**

..... syn/córka\* .....  
*imię (imiona) i nazwisko* *imię ojca*

seria ..... nr ..... wydany w dniu ..... przez .....  
*dowód osobisty*

nrPESEL.....miejscowość.....ulica.....  
...

nr domu..... nr lokalu.....nr kodu ..... - ..... poczta .....

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

Proszę o dofinansowanie\*.....  
należy podać rodzaj sprzętu rehabilitacyjnego

.....  
.....

w łącznej wysokości ..... zł.

( słownie : ..... zł.)

co stanowi ..... % ceny brutto, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł.

**W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.**

### **Uzasadnienie składanego wniosku :**

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

\* w przypadku, gdy wnioskodawcą jest dziecko do lat 18 proszę wpisać dane dziecka

\* niepotrzebne skreślić

## **Informacje o Wnioskodawcy**

### **I. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik <sup>(1)</sup>**

1. znaczny,	
• inwalidzi I grupy,	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
• osoby w wieku do lat 16 (w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat), które posiadają orzeczenie o niepełnosprawności	
2. umiarkowany,	
• inwalidzi II grupy,	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy,	
• inwalidzi III grupy ze względu na głuchotę lub głuchoniemotę	
3. lekki,	
• pozostali inwalidzi III grupy	
• osoby częściowo niezdolne do pracy,	
• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

### **II. Rodzaj niepełnosprawności <sup>(1)</sup>**

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządu słuchu	
5. dysfunkcja narządu mowy	
6. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
7. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

### **III. Oświadczenie o dochodach**

Niniejszym oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał (kalendarzowy) poprzedzający miesiąc złożenia wniosku,

wynosił ..... zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi .....

### **IV. Sytuacja zawodowa <sup>(1)</sup>**

1. zatrudniony*/prowadzący działalność gospodarczą*	
2. młodzież w wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca*	
3. bezrobotny poszukujący*/rencista poszukujący pracy*	
4. rencista*/emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy*	
5. dzieci i młodzież do lat 18	

Oświadczam, że jestem uczniem .....klasy, szkoły .....

### **V. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

1. na likwidację barier w komunikowaniu się/technicznych*	
1.1. nie korzystałem	
1.2. korzystałem (w tym ze środków przyznanych przez WOZiRON)	
a) przedmiot dofinansowania .....	
b) data otrzymania dofinansowania .....	
c) kwota dofinansowania (zł) .....	
2. korzystałem na inne cele ustawowe i rozliczyłem się	

3.	korzystałem na inne cele ustawowe i jestem w trakcie rozliczenia	
4.	korzystałem i nie rozliczyłem się	

**VI. Informacja o ewentualnym dofinansowaniu z innych źródeł, przeznaczonym na ten sam cel**

.....  
 .....  
 Prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam pod odpowiedzialnością karną przewidzianą w art. 233 § 1 i § 2 Kodeksu Karnego (Dz.U. z 2019r. poz. 1950).

„Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, z siedzibą w Pszczynie ul. Dworcowa 23. Podane dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań wynikających z Ustawy z dn. 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2019r. poz. 1172 ze zm.), Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 roku w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON (Dz.U. z 2015r. poz. 926). Osoba, której dane dotyczą ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich sprostowania, poprawiania i ograniczenia przetwarzania. Podanie danych osobowych w zakresie obowiązujących przepisów ustawowych jest obowiązkowe, w pozostałym zakresie dobrowolne. Obowiązek informacyjny znajduje się na stronie internetowej Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Pszczynie [www.pcprpszczyna.pl](http://www.pcprpszczyna.pl)”

**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.
4. Oświadczenie o dochodach Wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą.
5. Zgoda właściciela budynku lub lokalu mieszkalnego, jeżeli taka zgoda jest wymagana
6. Oferta cenowa na wnioskowane urządzenie.
7. Udokumentowaną informację o innych źródłach finansowania zadania.

.....  
 (podpis Wnioskodawcy\*/ Przedstawiciela ustawowego\*/  
 Opiekuna prawnego\*/ Pełnomocnika\*)

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

..... syn/córka\* .....  
 imię (imiona) i nazwisko ..... imię ojca  
 seria.....nr.....wydany w dniu ..... przez .....  
 dowód osobisty  
 nrPESEL.....miejscowość.....ulica .....  
 nr domu ..... nr lokalu .....nr kodu ..... - ..... poczta .....  
 powiat.....województwo.....nr tel./faxu(znrkier.).....

ustanowiony Opiekunem\*/ Pełnomocnikiem\* .....  
\* postanowieniem Sądu Rejonowego .....z dn. .... sygn. akt .....  
\* na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza .....  
z dn. .... repet. nr .....

**Załącznik do formularza wniosku w ramach programu likwidacji barier architektonicznych /technicznych/ w komunikowaniu\* w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej w związku z jej indywidualnymi potrzebami**

.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Data urodzenia (PESEL) .....

1. Rodzaj niepełnosprawności lub dysfunkcji (niepełnosprawność wnioskodawcy dotyczy)\*

dysfunkcja narządu ruchu z możliwością samodzielnego poruszania się na wózku inwalidzkim	
dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim przy pomocy innych osób	
osoby z dysfunkcją narządu ruchu poruszające się przy pomocy kul, balkonika itp.	
osoby z dysfunkcją narządu ruchu leżące bez możliwości poruszania się	
dysfunkcja narządu ruchu, osoby poruszające się samodzielnie bez pomocy osób trzecich i przyrządów	
dysfunkcja narządu wzroku	
dysfunkcja narządu słuchu lub mowy	
deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe) inne psychiczne	
pozostałe wraz ze schorzeniami sprzężonymi	

2. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, inny sprzęt pomocniczy i ewentualne potrzeby w tym zakresie:

.....  
.....

3. Uzasadnienie potrzeby likwidacji barier architektonicznych/technicznych/w komunikowaniu:

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

(data)  
właściwie zaznaczyć

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)\*