

...../...../.....
 numer kolejny wniosku / powiat / rok złożenia wniosku

.....
 / pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek /

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

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zakupu urządzeń (wraz z montażem*) lub wykonania usług* z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

I. Dane dotyczące wnioskodawcy (proszę wypełnić drukowanymi literami)

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

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

..... nr PESEL nr NIP

..... miejscowość ul. nr domu nr lokalu
 dokładny adres stałego zameldowania

..... nr kodu - poczta powiat

..... województwo numer telefonu/ faxu (numer kier.) (0-44)

II. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik ⁽¹⁾

1. znaczny,	
• inwalidzi I grupy,	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji,	
• osoby niezdolne do samodzielnej egzystencji,	
• osoby w wieku do 16 lat, które posiadają orzeczenie o niepełnosprawności	
2. umiarkowany,	
• inwalidzi II grupy,	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy,	
3. lekki,	
• inwalidzi III grupy,	
• osoby częściowo niezdolne do pracy,	
• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

III. Rodzaj niepełnosprawności ⁽¹⁾

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim : wrodzony brak albo amputacja stóp, nóg, 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 ogólnego stanu zdrowia	

⁽¹⁾ proszę wstawić X we właściwej rubryce

IV. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą

imię i nazwisko – pokrewieństwo	niepełnosprawność		dochód miesięczny brutto (zł)
	stopień ⁽²⁾	rodzaj ⁽³⁾	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

V. Sytuacja zawodowa ⁽¹⁾

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

VI. Średni dochód miesięczny (brutto) na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy ⁽¹⁾

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód brutto, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony z 3 ostatnich miesięcy przed dniem złożenia wniosku wynosi:

.....zł.

VII. Korzystanie przez Wnioskodawcę ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych ⁽¹⁾

1. na likwidację barier w komunikowaniu się i technicznych :	
<input type="checkbox"/> nie korzystałem	
<input type="checkbox"/> 1. z korzystałem (w tym : ze środków przyznanych przez WUP-WOZ i RON/ PFRON/ MOPR *)	
a) przedmiot dofinansowania	
b) data otrzymania dofinansowania i nr umowy.....	
c) kwota dofinansowania	
2. korzystałem na inne cele ustawowe i rozliczyłem się (przedmiot dofinansowania, data otrzymania dofinansowania i nr umowy)	
3. korzystałem na inne cele ustawowe i jestem w trakcie rozliczenia (przedmiot dofinansowania, data otrzymania dofinansowania i nr umowy)	
4. korzystałem na inne cele ustawowe i nie rozliczyłem się (przedmiot dofinansowania, data otrzymania dofinansowania i nr umowy)	

⁽¹⁾ proszę wstawić X we właściwej rubryce

⁽²⁾ proszę wstawić właściwe oznaczenie cyfrowe z tablicy II.

⁽³⁾ proszę wstawić właściwe oznaczenie cyfrowe z tablicy III

• niepotrzebne skreślić

VIII. Przedmiot dofinansowania:.....
należy podać nazwę urządzenia (ewentualny montaż), rodzaj usługi

IX. Ogólna wartość zakupu urządzenia/ urządzeń * (ewentualny montaż)/ rodzaj usługi
wyszczególnionego w pkt. VIII wynosi: zł,
(słownie:)

X. Krótkie uzasadnienie składanego wniosku (miejsce realizacji zadania i cel likwidacji barier)

XI. Łączna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania:..... zł,
(słownie:.....)

XII. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:

termin rozpoczęcia.....

przewidywany czas realizacji zadania.....

XIII. Przewidywany koszt ogólny realizacji zadania oraz źródła finansowania zadania:

1. Przewidywany całkowity koszt realizacji zadania	zł.....
2. Deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania%
3. Inne źródła finansowania zadania (wymienić): a) b)%
4. Procent kosztów zadania do pokrycia ze środków PFRON (nie więcej niż 80%)%

* niepotrzebne skreślić

XIV. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania:zł

(słownie:.....)

Oświadczam, że posiadam/nie posiadam* zaległości wobec PFRON oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/nie byłem* stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy.

Uprowadzony/ uprowadzona* o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku – Kodeks Karny (Dz. U. Nr 80, poz. 553) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

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

Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zmn.) .

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik

..... syn/ córka *

seria nr wydany w dniu przez

miejsowość ulica nr domu nr lokalu

nr kodu - poczta powiat

województwo numer telefonu/ faxu (numer kier.) (0-44)

ustanowiony opiekunem/ pełnomocnikiem *

(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. sygn. akt* na mocy pełnomocnictwa przez notariusza z dn.repet. nr))

Załącznik do wniosku :

1. Kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2008r. Nr 14, poz. 92).
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z Wnioskodawcą.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności (ważne 1 miesiąc od daty wystawienia).
4. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier technicznych (poświadczenie zameldowania na pobyt stały), w przypadku likwidacji barier technicznych akt własności, umowa najmu.
5. Zaświadczenie Powiatowego Urzędu Pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.
6. Kopia decyzji o przyznaniu świadczeń pomocy społecznej, jeśli takie występują.
7. Zgoda właściciela budynku lub lokalu mieszkalnego, jeśli taka zgoda jest wymagana.
8. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania.
9. Zaświadczenie ze szkoły o pobieraniu nauki.
10. Zaświadczenie z zakładu pracy o zatrudnieniu i rodzaju wykonywanej pracy.

Piotrków Trybunalski, dnia

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy*, przedstawiciela ustawowego*
opiekuna prawnego*, pełnomocnika*)

Nr sprawy

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb MOPR Centrum Rehabilitacji Społecznej Osób Niepełnosprawnych –
likwidacja barier w komunikowaniu się i technicznych
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta

Data urodzenia PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej będącej przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności - opis schorzenia:

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

2. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące :

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

3. Pacjent wymaga/ nie wymaga* likwidacji barier w komunikowaniu się ewentualne potrzeby w tym zakresie

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

*niepotrzebne skreślić

4. Niepełnosprawność pacjenta dotyczy (zakreślić właściwe):

- pacjent porusza się na wózku inwalidzkim
- narządu mowy, w stopniu
- narządu słuchu, w stopniu
- narządu wzroku w stopniu.....
- inne schorzenia

6. Pacjent posiada umiejętność czytania i pisania (zakreślić właściwe):

- TAK
- NIE

Ewentualne uwagi (stopień upośledzenia).....
.....

7. Trwałe naruszenie sprawności organizmu (zakreślić właściwe):

- TAK
- NIE

.....
pieczętka i podpis lekarza specjalisty
wystawiającego zaświadczenie

DYREKTOR
MIEJSKIEGO OŚRODKA POMOCY RODZINIE
w Piotrkowie Trybunalskim
mgr Bożena Tarczyńska
specjalista organizacji pomocy społecznej

PREZYDENT MIASTA
Piotrkowa Trybunalskiego
Krzysztof Chojniak

PEŁNOMOCNIK PREZYDENTA MIASTA
ds. Praktyki i Rozwiązywania
Problemów Alkoholowych, Zdrowia
i Pomocy Społecznej
Marek Krawczyński

WICEPREZYDENT MIASTA
Piotrkowa Trybunalskiego
Andrzej Kacperk