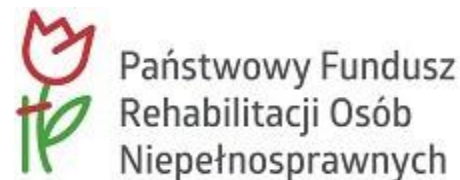


Data wpływu:



Nr sprawy:

## **WNIOSEK**

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

#### **UWAGA!**

**DOFINANSOWANIE NIE MOŻE OBEJMOWAĆ KOSZTÓW PONIESIONYCH PRZED ZAWARCIEM UMOWY O DOFINANSOWANIE**

### **Część A – DANE WNIOSKODAWCY**

#### **ROLA WNIOSKODAWCY**

| Nazwa pola                          | Do uzupełnienia   |
|-------------------------------------|---|
| <b>Wnioskodawca składa wniosek:</b> | <input type="checkbox"/> We własnym imieniu<br><input type="checkbox"/> Jako rodzic<br><input type="checkbox"/> Jako opiekun prawny<br><input type="checkbox"/> Jako przedstawiciel ustawy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego)<br><input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczanego notarialnie<br><input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczanego notarialnie |
| <b>Postanowieniem Sądu:</b>         |   |
| <b>Z dnia:</b>                      |   |
| <b>Sygnatura akt:</b>               |   |
| <b>Imię i nazwisko notariusza:</b>  |   |
| <b>Repertorium nr:</b>              |   |
| <b>Zakres pełnomocnictwa:</b>       | <input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie<br><input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania<br><input type="checkbox"/> do zawarcia umowy<br><input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku<br><input type="checkbox"/> do złożenia wniosku<br><input type="checkbox"/> inne                              |

**DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

| Nazwa pola      | Wartość   |
|-----------------|---|
| Imię:           |   |
| Drugie imię:    |   |
| Nazwisko:       |   |
| PESEL:          |   |
| Data urodzenia: |   |
| Płeć:           | <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta |

**ADRES ZAMIESZKANIA**

| Nazwa pola           | Wartość  |
|----------------------|--|
| Województwo:         |  |
| Powiat:              |  |
| Gmina:               |  |
| Miejscowość:         |  |
| Ulica:               |  |
| Nr domu:             |  |
| Nr lokalu:           |  |
| Kod pocztowy:        |  |
| Poczta:              |  |
| Rodzaj miejscowości: | <input type="checkbox"/> miasto<br><input type="checkbox"/> wieś |
| Nr telefonu:         |  |
| Adres e-mail:        |  |

**ADRES KORESPONDENCYJNY**

Taki sam jak adres zamieszkania

| Nazwa pola   | Wartość |
|--------------|---------|
| Województwo: |         |
| Powiat:      |         |
| Gmina:       |         |
| Miejscowość: |         |

|                      |  |
|----------------------|--|
| <b>Ulica:</b>        |  |
| <b>Nr domu:</b>      |  |
| <b>Nr lokalu:</b>    |  |
| <b>Kod pocztowy:</b> |  |
| <b>Poczta:</b>       |  |

### DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

| Nazwa pola             | Wartość   |
|------------------------|---|
| <b>Imię:</b>           |   |
| <b>Drugie imię:</b>    |   |
| <b>Nazwisko:</b>       |   |
| <b>PESEL:</b>          |   |
| <b>Data urodzenia:</b> |   |
| <b>Płeć:</b>           | <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta |

### ADRES ZAMIESZKANIA

| Nazwa pola                  | Wartość  |
|-----------------------------|--|
| <b>Województwo:</b>         |  |
| <b>Powiat:</b>              |  |
| <b>Gmina:</b>               |  |
| <b>Miejscowość:</b>         |  |
| <b>Ulica:</b>               |  |
| <b>Nr domu:</b>             |  |
| <b>Nr lokalu:</b>           |  |
| <b>Kod pocztowy:</b>        |  |
| <b>Poczta:</b>              |  |
| <b>Nr telefonu:</b>         |  |
| <b>Adres e-mail:</b>        |  |
| <b>Rodzaj miejscowości:</b> | <input type="checkbox"/> miasto<br><input type="checkbox"/> wieś |

**STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

| Nazwa pola  | Wartość  |
|---|--|
| <b>Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:</b> | <input type="checkbox"/> tak<br><input type="checkbox"/> nie   |
| <b>Stopień niepełnosprawności:</b>  | <input type="checkbox"/> Znaczny<br><input type="checkbox"/> Umiarkowany<br><input type="checkbox"/> Lekki<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy   |
| <b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>                  | <input type="checkbox"/> bezterminowo<br><input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:  |
| <b>Numer orzeczenia:</b>  |  |
| <b>Grupa inwalidzka:</b>  | <input type="checkbox"/> I grupa<br><input type="checkbox"/> II grupa<br><input type="checkbox"/> III grupa<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy  |
| <b>Niezdolność:</b>   | <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji<br><input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny<br><input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy<br><input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy<br><input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy  |
| <b>Rodzaj niepełnosprawności:</b>   | <input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe<br><input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne<br><input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu<br><input type="checkbox"/> osoba głucha<br><input type="checkbox"/> osoba głuchoniema<br><input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku<br><input type="checkbox"/> osoba niewidoma<br><input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma<br><input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu<br><input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego<br><input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych<br><input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja<br><input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia<br><input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego<br><input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego<br><input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne<br><input type="checkbox"/> 11-I – inne<br><input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe |

|   |  |
|---|--|
| <p><b>Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:</b></p> | <p><input type="checkbox"/> tak<br/><input type="checkbox"/> nie</p>                 |
| <p><b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b></p>   | <p><input type="checkbox"/> 2 przyczyny<br/><input type="checkbox"/> 3 przyczyny</p> |

### ŚREDNI DOCHÓD

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

indywidualne  wspólne

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:**

**Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:**

**w tym liczba osób niepełnosprawnych:**

### KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

**Na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych ze środków finansowych PFRON:**

nie korzystałem  
 korzystałem

### CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

| Cel dofinansowania | Nr umowy | Data zawarcia umowy | Kwota dofinansowania | Stan rozliczenia |
|--------------------|----------|---------------------|----------------------|------------------|
|                    |          |                     |                      |                  |
|                    |          |                     |                      |                  |
|                    |          |                     |                      |                  |

Posiadam zaległości wobec PFRON       Nie posiadam zaległości wobec PFRON

Byłem       Nie byłem      w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie

## Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

| PRZEDMIOT WNIOSKU   |         |
|---|---------|
| Nazwa pola  | Wartość |
| <b>Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:</b>                     |         |
| <b>Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):</b>                        |         |
| Słownie:  |         |
| <b>Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:</b>                 |         |
| Słownie:  |         |
| <b>co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:</b> |         |
| <b>Deklarowane środki własne:</b>   |         |
| <b>Inne źródła finansowania:</b>  |         |
| <b>Cel dofinansowania i uzasadnienie:</b>                                   |         |

## WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER

| Nazwa pola   | Wartość |
|--|---------|
| <b>Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:</b> |         |

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <b>Miejsce realizacji zadania:</b>   |  |
| <b>Termin rozpoczęcia:</b>           |  |
| <b>Przewidywany czas realizacji:</b> |  |

### OPIS PONIESIONYCH NAKŁADÓW

Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania:

### FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

| Nazwa pola                                 | Wartość |
|--|---------|
| <b>Właściciel konta (imię i nazwisko):</b> |         |
| <b>Nazwa banku:</b>                        |         |
| <b>Nr rachunku bankowego:</b>              |         |

Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

### Część C – Dane dodatkowe

#### SYTUACJA ZAWODOWA

- Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
- Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
- Bezrobotny poszukujący pracy
- Rencista poszukujący pracy
- Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
- Dzieci i młodzież do lat 18
- Inne / jakie?

### OŚWIADCZENIE

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

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:                      .

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

**Uprowadzony/uprowadzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Przepisy wprowadzające Kodeks karny - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

| <i>Miejscowość</i> | <i>Data</i> | <i>Podpis Wnioskodawcy</i> |
|--------------------|-------------|----------------------------|
|                    |             |                            |

## **ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

|    |  |
|----|--|
| 1. | Orzeczenie potwierdzające niepełnosprawność wnioskodawcy oraz orzeczenia o niepełnosprawności osób mieszkających i wspólnie gospodarujących z wnioskodawcą                       |
| 2. | Zaświadczenie lekarskie zawierające szczegółowe uzasadnienie, że osoba ma trudności w samodzielnym funkcjonowaniu w związku z istniejącą niepełnosprawnością (druk w załączeniu) |
| 3. | Oferta cenowa lub faktura proforma dotycząca przedmiotu dofinansowania   |
| 4. | Klauzula informacyjna RODO (druk w załączeniu)   |



