

pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

nr kolejny wniosku

Załącznik nr 1
**do zasad i procedur udzielania osobie fizycznej dofinansowania ze
środków finansowych PFRON na likwidację barier
w komunikowaniu się i technicznych w związku z indywidualnymi
potrzebami osób niepełnosprawnych.**

.....
(data wpływu kompletnego wniosku)

W N I O S E K

**o dofinansowanie zakupu urządzeń (wraz z montażem *) lub wykonania
usług * z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych.**

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

Wnioskodawca (proszę wypełnić drukowanymi literami)

..... syn / córka

imię (imiona) i nazwisko

imię ojca

seria..... nr wydany w dniu przez

dowód osobisty

.....nr PESEL.....

mięscowość ulica nr domu nr lokalu

dokładny adres

nr kodu - poczta powiat

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

Proszę o dofinansowanie

należy podać nazwę urządzenia (ewentualny montaż), rodzaj usługi

.....
w łącznej wysokości zł

(słownie zł).

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

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

* niepotrzebne skreślić

Krótkie uzasadnienie składanego wniosku:**Informacje o Wnioskodawcy****I. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik ⁽¹⁾**

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 z orzeczeniem o niepełnosprawności (w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat z orzeczonym stopniem niepełnosprawności), którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
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 ⁽¹⁾

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. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą (w tym osoby niepełnosprawne)

Imię i nazwisko	Pokrewieństwo	Niepełnosprawność	
		stopień ⁽²⁾	rodzaj ⁽³⁾
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

IV. Sytuacja zawodowa ⁽¹⁾

1. zatrudniony */ prowadzący działalność gospodarczą *	
2. osoba w wieku od 18 lat 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	

(1) proszę wstawić znak X we właściwej rubryce

(2) proszę wstawić właściwe oznaczenie cyfrowe z tablicy I

(3) proszę wstawić właściwe oznaczenie cyfrowe z tablicy I

(4) * niepotrzebne skreślić

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

1. poniżej	500.00 zł	
2. 501.00 –	600.00 zł	
3. 601.00 –	700.00 zł	
4. 701.00 –	800.00 zł	
5. 801.00 –	900.00 zł	
6. 901.00 –	1.000.00 zł	
7. 1.001.00 –	1.100.00 zł	
8. 1.101.00 –	1.200.00 zł	
9. powyżej	1.200.00 zł	

Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

1. na likwidację barier w komunikowaniu się:	
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	

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

.....
.....
.....
Upředzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553) 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 2016 poz. 922).

.....
(podpis Wnioskodawcy*, przedstawiciela ustawowego*
Opiekuna prawnego* pełnomocnika*)

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

..... syn / córka
..... imię (imiona) i nazwisko imię ojca
seria..... nr wydany w dniu przez
dowód osobisty
nr PESEL

miejscowość ulica nr domu nr lokalu
dokładny adres
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

(1) proszę wstawić znak X we właściwej rubryce

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 specjalistów** zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, wskazujące w sposób jednoznaczny na potrzebę wyposażenia wnioskodawcy w urządzenia umożliwiające osobie niepełnosprawnej sprawne funkcjonowanie w społeczeństwie i w życiu codziennym- **dla barier technicznych,**
4. **Aktualne zaświadczenie specjalistów,** zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności, wskazujące w sposób jednoznaczny na trudność wnioskodawcy w komunikowaniu się i podłoże występujących trudności w komunikowaniu się – **dla barier w komunikacji,**
5. Oświadczenie o dochodach Wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą.
6. Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.
7. Zgoda właściciela budynku lub lokalu mieszkalnego, jeżeli taka zgoda jest wymagana.

Adnotacje przyjmującego wniosek

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

I. Ocena zasadności wniosku

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

.....
(data i podpis)

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

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

.....
(data)

.....
(podpisy)

III. Decyzja o przyznaniu dofinansowania

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

.....
(data i podpis)

INFORMACJA

osoby niepełnosprawnej o osiągniętych średnich dochodach miesięcznych na 1 członka rodziny za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku

Nazwisko i imię

Adres zamieszkania

(miejscowość, ulica, numer domu)

I. Dane dotyczące niepełnosprawnego (wnioskodawcy) o osiągniętych przez niego średnio miesięcznych dochodach zakwartał 20.....roku.

1. wynagrodzenie – średni miesięczny dochód za kwartał 20.....roku - zł
2. emerytura - renta średni miesięczny dochód za kwartał 20.....roku - zł
3. dochód rolny- (z ha przeliczeniowego)
4. inne (alimenty, zasiłki, itp.)

II. Dane dotyczące członków rodziny niepełnosprawnego pozostających z nim we wspólnym gospodarstwie domowym:

Pokrewieństwo	Nazwisko i imię	Data urodzenia	Przeciętny dochód netto w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek	
			rodzaj dochodu	wysokość

Średni dochód miesięczny dochód na 1 członka rodziny za kwartał 20... roku wynosi.....

Do informacji załączam dowodów.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis niepełnosprawnego)

Załączniki:

1. Oświadczenie o dochodach netto za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku
2. Decyzje właściwego Urzędu Gminy w sprawie wymiaru podatku rolnego za rok.
3. Inne.....

(Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej)

(data i miejsce)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

**wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Tarnobrzegu –
dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
likwidacji barier w komunikowaniu się**

Proszę wypełnić w języku polskim czytelnie

Imię i nazwisko :

Adres zamieszkania :

PESEL :

Rozpoznanie choroby zasadniczej (w języku polskim)

Trudności z komunikowaniem się związane są z rodzajem dysfunkcji:

Sprawność danego narzędzia / układu sprawia trudność w stopniu :

- znacznym,
- umiarkowanym,
- lekkim

Rodzaj sprzętu / urządzenia służącego likwidacji barier w komunikowaniu się tj. ułatwieniu lub umożliwieniu osobie niepełnosprawnej swobodnego porozumiewania się i/lub przekazywania informacji:

Osoba wymaga likwidacji barier w komunikowaniu się	tak	nie
---	-----	-----

Uzasadnienie potrzeby likwidacji barier w komunikowaniu się :

Pieczęć i podpis lekarza specjalisty

.....
(Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej)

.....
(data i miejsce)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

**wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Tarnobrzegu –
dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
likwidacji barier technicznych**

Proszę wypełnić w języku polskim czytelnie

Imię i nazwisko :
Adres zamieszkania :
PESEL :
Rozpoznanie choroby zasadniczej (w języku polskim)

Trudności w zakresie technicznym związane są z rodzajem dysfunkcji:

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

Sprawność danego narządu / układu sprawia trudność w stopniu :

- znacznym,
- umiarkowanym,
- lekkim

**Rodzaj sprzętu / urządzenia służącego likwidacji barier technicznych tj. ułatwieniu lub
umożliwieniu osobie niepełnosprawnej swobodnego funkcjonowania w życiu codziennym:**

.....
.....

Osoba wymaga likwidacji barier technicznych tak nie

Uzasadnienie potrzeby likwidacji barier technicznych:
.....
.....
.....

.....
Pieczęć i podpis lekarza specjalisty

OŚWIADCZENIE

Imię , nazwisko i miejsce zamieszkania osoby składającej oświadczenie:

.....
.....

Ja niżej podpisany(a) pouczone(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233§ 1 KK za składanie fałszywych zeznań, składam stosownie do art. 75 § 2 KPA

oświadczenie następującej treści:

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

..... dn.:.....

(podpis osoby składającej oświadczenie)

Oświadczenie zostało przyjęte przez:

Art. 233 § 1 KK

Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

Art. 75 § 2 KPA

Jeżeli przepis prawa nie wymaga urzędowego potwierdzenia określonych faktów lub stanu prawnego w drodze zaświadczenia właściwego organu administracji, organ administracji publicznej odbiera od strony, na jej wniosek, oświadczenie złożone pod rygorem odpowiedzialności za fałszywe zeznania.