

.....  
data wpływu wniosku

.....  
pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

.....  
nr wniosku

**Powiatowe Centrum  
Pomocy Rodzinie  
ul. Gołdapska 23, 19-400 Olecko**

## WNIOSEK

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
likwidacji barier w komunikowaniu się/technicznych \* dla osoby niepełnosprawnej**  
(wypełnia osoba niepełnosprawna, przedstawiciel ustawowy – w przypadku małoletniego dziecka, opiekun prawny  
lub pełnomocnik)

### I. Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej:

1. Imię i nazwisko : .....tel.: .....
2. Adres zamieszkania: .....
3. Adres do korespondencji : .....
4. Nr PESEL: .....
5. Seria i nr dowodu osobistego : .....
6. Stopień niepełnosprawności \* (lub jego odpowiednik w pkt. 1,2,3 ):  
(\* proszę wstawić znak X we właściwej rubryce)

1.	Znaczny / I grupa inwalidzka	
2.	Umiarkowany / II grupa inwalidzka	
3.	Lekki / III grupa inwalidzka	
4.	Orzeczenie o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy, niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanym przed 01 stycznia 1998 r. albo o niezdolności do samodzielnej egzystencji/orzeczenia KRUS wydane po 01.01.1998 r. nie są podstawą do zaliczenia osoby, której orzeczenie dotyczy, do osób niepełnosprawnych/;	
5.	Orzeczenie o niepełnosprawności w przypadku osób w wieku do 16 lat	

7. Rodzaj niepełnosprawności \*:  
(\*proszę wstawić znak X we właściwej rubryce)

Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
Inna dysfunkcja narządu ruchu	
Dysfunkcja narządu wzroku	
Dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
Inna: jaka? .....	
.....	

8. Inne osoby niepełnosprawne pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym (stopień pokrewieństwa, stopień i rodzaj niepełnosprawności):

- 1) .....
- 2) .....

**II. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (dla małoletnich osób niepełnosprawnych), opiekuna prawnego lub pełnomocnika:**

- 1. Imię i nazwisko : .....
- 2. Adres zamieszkania : .....
- 3. Seria i nr dowodu osobistego : .....
- 4. Nr PESEL : .....
- 5. Nr telefonu : .....

W przypadku opiekuna/pełnomocnika\*: postanowienie Sądu Rejonowego w .....  
z dnia....., Sygn. Akt.....  
/pełnomocnictwo z dnia.....

**III. Nazwa banku i numer rachunku bankowego: .....**

**IV. Dane dotyczące zadania :**

**1. Przedmiot dofinansowania** (proszę wskazać nazwę urządzenia, ewentualny montaż, rodzaj usługi):

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

**2. Miejsce realizacji zadania:**

.....

**3. Cel dofinansowania** (proszę opisać, w jaki sposób likwidacja bariery wpłynie na wykonywanie przez osobę niepełnosprawną podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem):

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

**4. Przewidywany koszt realizacji zadania:**

• ogółem .....zł

słownie złotych: .....

• kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON (do 95% kosztów przedsięwzięcia, nie więcej jednak niż do wysokości piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia):

..... zł

słownie złotych: .....

• inne źródła finansowania zadania (kwota): .....

.....

**5. Termin rozpoczęcia realizacji zadania:**

.....

**6. Przewidywany czas realizacji zadania: .....**

**7. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez osobę niepełnosprawną na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania: .....**

.....

**V. Informacja o dotychczasowym korzystaniu ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych:**

L.p.	Cel dofinansowania	Nr umowy	Kwota i data przyznania dofinansowania	Stan rozliczenia	Umowa wygasła/ została rozwiązana * (wpisać właściwe)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

**VI. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:**

Niniejszym oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

		Przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (netto)
1.	Osoba niepełnosprawna: .....	
<b>Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego – poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z osobą niepełnosprawną (np. mąż, żona, syn, córka itp.):</b>		<b>X</b>
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
<b>Razem miesięczny dochód rodziny wynosi:</b>		
<b>Liczba osób pozostająca we wspólnym gosp. domowym:</b>		
<b>Przeciętny miesięczny dochód na członka rodziny:</b> (łączy dochód rodziny podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym)		

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym oraz że jestem świadoma(y) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych informacji. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się niezwłocznie poinformować PCPR w Olecku.

.....  
( data i czytelny podpis osoby niepełnosprawnej, przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika)

**VII. Pozostałe oświadczenia osoby niepełnosprawnej:**

- 1) oświadczam, że **posiadam / nie posiadam\*** środki własne na realizację wnioskowanego zadania w kwocie stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub usługi z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się/technicznych, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a kwotą dofinansowania przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych ( minimum 5% kosztu przedsięwzięcia);
- 2) oświadczam, że **posiadam /nie posiadam\*** zaległości wobec Funduszu oraz że w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku **byłem(am) / nie byłem(am)\*** stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie;
- 3) oświadczam, że w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku **uzyskałem(am) / nie uzyskałem(am)\*** dofinansowania ze środków Funduszu na likwidację barier w komunikowaniu się i technicznych;

4) **wyrażam /nie wyrażam\*** zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego ..... (jeśli dotyczy) przez PCPR w Olecku w związku z realizacją zadań wynikających z przepisów prawa, tj. ustawy z dn. 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, przepisów wykonawczych - zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych;

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/- am poinformowany o:

a) adresie / siedzibie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Olecku jako administratora danych osobowych,

b) przysługujących mi na podstawie ustawy o ochronie danych osobowych uprawnieniach, a szczególności o prawie wglądu do swoich danych i prawie ich poprawienia, uzupełnienia, uaktualnienia, usunięcia, tj. o uprawnieniach wynikających z art. 24 ust. 1 oraz art. 32 ww. ustawy;

**5) przyjmuję do wiadomości, że złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania oraz że przyznane dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.**

.....  
( data i czytelny podpis osoby niepełnosprawnej, przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika)

\*Właściwe zaznaczyć

**Załączniki do wniosku:**

( proszę wstawić znak X we właściwej rubryce, o ile dotyczy )

1. Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopia orzeczenia o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r.	
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie wg wzoru (zał. do wniosku)	
3. Kopia postanowienia sądowego o ustanowieniu opiekuna prawnego lub pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie w przypadku reprezentowania osoby niepełnosprawnej przez pełnomocnika	
4. Opinia ze szkoły/specjalisty np. logopedy, psychologa o potrzebie zakupu komputera/programów komputerowych/z możliwością modemowego podłączenia do Internetu lub zaświadczenie o kontynuowaniu nauki	
5. Oferta cenowa /faktura proforma	
6. Udokumentowanie informacji o innych źródłach finansowania zadania	
7. Sytuacja społeczna i zawodowa osoby niepełnosprawnej (zał. do wniosku)	
8. Inne (podać jakie?):	

**SYTUACJA SPOŁECZNA I ZAWODOWA  
OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ UBIEGAJACEJ SIĘ O DOFINANSOWANIE  
ZE ŚRODKÓW PFRON**

Wypełnia Wnioskodawca (przedstawiciel ustawowy, opiekun prawny, pełnomocnik) \*

1. Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej: .....  
PESEL : .....
2. Opis sytuacji społecznej i zawodowej:
  - a) sytuacja zawodowa:
    - zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
    - bezrobotny zarejestrowany w urzędzie pracy
    - poszukujący pracy zarejestrowany w urzędzie pracy
    - nieaktywny zawodowo/nieposzukujący pracy
    - rencista/ emeryt
    - dzieci i młodzież do 16. roku życia
    - osoba w wieku 16 – 24 lat, ucząca się lub studiująca
    - uczestnik Warsztatu Terapii Zajęciowej/Środowiskowego Domu Samopomocy/Domu Dziennego Pobytu
    - inna: .....
  - b) poziom wykształcenia: .....
  - c) zaspokajanie codziennych potrzeb życiowych i społecznych:
    - samodzielnie  z częściową pomocą osób drugih
    - wyłącznie przy pomocy osób drugihdodatkowe informacje: .....  
.....  
.....
  - d) osoba niepełnosprawna korzysta ze świadczeń pomocy społecznej:
    - tak:  nie
    - świadczenia pieniężne
    - świadczenia niepieniężne
3. Oczekiwane efekty związane z przyznaniem dofinansowania:
  - większa samodzielność w wykonywaniu czynności życia codziennego
  - zwiększenie możliwości udziału w życiu społecznym
  - zwiększenie szans na aktywizację zawodową/utrzymanie aktywności zawodowej
  - większe bezpieczeństwo osoby niepełnosprawnej i jej otoczenia
  - inne, jakie: .....

Data: .....

.....  
podpis wnioskodawcy (przedstawiciela ustawowego,  
opiekuna prawnego, pełnomocnika

\* właściwe zaznaczyć

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

..... dn. ....

**ZASWIADCZENIE LEKARSKIE**

Imię i nazwisko pacjenta : .....

Adres zamieszkania : .....

Nr PESEL: .....

Pacjent posiada:

- dysfunkcję narządu ruchu:
  - z koniecznością poruszania się za pomocą wózka inwalidzkiego  
.....
  - z koniecznością poruszania się przy pomocy kul, balkonika, laski  
.....
  - po amputacji kończyn (dolnych/górnych):  
.....
  - poruszający się samodzielnie
  - inne.....
- dysfunkcję narządu wzroku:
  - oko lewe.....
  - oko prawe.....
- dysfunkcję narządu słuchu:
  - ucho lewe.....
  - ucho prawe.....
- dysfunkcję narządu mowy:  
.....
- inne (jakie?):  
.....  
.....

Opis schorzenia, uzasadnienie ubiegania się o dofinansowanie likwidacji barier technicznych  
/w komunikowaniu się:

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

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)