

Pieczęć wpływu

PCPR.N. ....  
nr wniosku

## WNIOSEK

o dofinansowanie likwidacji barier technicznych/ w komunikowaniu się\* ze środków  
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (\* właściwe podkreślić)

### Część A: DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

#### I. Dane personalne osoby niepełnosprawnej

Imię i nazwisko:	
Adres:	
Powiat:	Województwo:
Pesel:	
Numer telefonu:	
Nazwa banku i numer rachunku bankowego:	

#### II. Stopień niepełnosprawności (proszę uzupełnić wstawiając „x”)

ORZECZENIE: czasowe  do dnia .....; stałe

<b>1. Znaczny</b>	
inwalidzi I grupy	
osoby całkowicie niezdolne do pracy i samodzielnej egzystencji	
osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym (z prawem do zasiłku pielęgnacyjnego)	
osoby w wieku do lat 16 (z orzeczeniem o niepełnosprawności)	
<b>2. Umiarkowany</b>	
inwalidzi II grupy	
osoby całkowicie niezdolne do pracy	
<b>3. Lekki</b>	
inwalidzi III grupy	
osoby częściowo niezdolne do pracy	
osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym (bez prawa do zasiłku pielęgnacyjnego)	

**III. Przyczyny/ rodzaje niepełnosprawności** (proszę uzupełnić wstawiając „x”)

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
2. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się za pomocą przedmiotu ortopedycznego, podać jakiego:	
3. inna dysfunkcja narządu ruchu	
4. dysfunkcja narządu wzroku	
5. inne schorzenia, podać jakie:	

**IV. Sytuacja mieszkaniowa** (proszę uzupełnić wstawiając „x”)

1. osoba mieszkająca samotnie	
2. osoba mieszkająca z rodziną	
3. osoba mieszkająca z osobami niespokrewnionymi	

**V. Sytuacja zawodowa** (proszę uzupełnić wstawiając „x”)

1. zatrudniony*/ prowadzący działalność gospodarczą*	
2. młodzież od 18 do 24 lat 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 18 roku życia	

**Część B: INFORMACJE O PRZEDMIOCIE WNIOSKU****I. Przedmiot dofinansowania**

<b>Przewidywany koszt ogólny:</b> kwota ..... zł
<b>Inne źródła finansowania:</b>
<b>Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: (do 95% kosztu ogólnego)</b>  kwota: ..... zł kwota słownie: ..... zł
Miejsce realizacji zadania: ..... Termin rozpoczęcia: ..... Przewidywany czas realizacji: .....
<b>Czy Wnioskodawca korzystał z dofinansowania ze środków PFRON w tym samym przedmiocie?</b> (proszę wypełnić wstawiając „x”)  <input type="checkbox"/> Tak - podać rok ..... <input type="checkbox"/> Nie
<b>WYPEŁNIĆ TYLKO W PRZYPADKU WNIOSKU DOT. <u>BARIER W KOMUNIKOWANIU SIE:</u></b>  <b>Czy Wnioskodawca posiada sprzęt elektroniczny lub/ i specjalistyczne oprogramowanie służące do komunikacji?</b> (proszę wypełnić wstawiając „x”)  <input type="checkbox"/> Tak - podać rok zakupu ..... - podać rodzaj sprzętu elektronicznego (np. laptop, notebook, tablet, smartfon) ..... - podać nazwę oprogramowania specjalistycznego..... <input type="checkbox"/> Nie

**II. Korzystanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (proszę uzupełnić)**

Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym przez PCPR lub PFRON				TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		
Cel (nazwa instytucji, programu i /lub zadania w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana	Kwota rozliczenia przez organ udzielający pomocy (w zł)
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>						

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON?

TAK  NIE

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PCPR?

TAK  NIE

Jeżeli TAK, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:

.....

.....

**Uwaga!** za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął

## Część C: INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

### I. Informacje dodatkowe (proszę wypełnić oraz wstawić „x”)

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
1) Uzasadnienie wniosku	
2) Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności.	<input type="checkbox"/> TAK 2 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK 3 przyczyny niepełnosprawności
3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie likwidacji barier technicznych/ w komunikowaniu się (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR)?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dotyczące niepełnosprawności)?	<input type="checkbox"/> TAK (1 osoba) <input type="checkbox"/> TAK (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> NIE

**II. Dane przedstawiciela ustawowego opiekuna prawnego / pełnomocnika** (\*proszę wypełnić wstawiając „x”)

1. opiekun prawny*		
2. pełnomocnik*		
Imię i nazwisko:	Pokrewieństwo:	
Ulica:	Nr domu:	
Miejscowość:	Kod pocztowy:	
Powiat:	Województwo:	
Pesel:		
Seria i numer dowodu osobistego:	Wydany przez:	
Nr telefonu:		
postanowienie Sądu rejonowego z dn. .... sygn. akt/ .....		
na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza .....		
z dn. .... repet nr .....		

**Oświadczenie:**

1. Uprzedzony o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 17 grudnia 2021r. – Kodeks Karny (Dz. U. z 2021 r., poz. 2345 ze zm.) 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.
2. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Funduszu, oraz nie byłem stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie w ciągu 3 ostatnich lat.
3. Posiadam środki własne na sfinansowanie zadania w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON.
4. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.

.....  
**Czytelny podpis Wnioskodawcy / przedstawiciela  
ustawowego /opiekuna prawnego / pełnomocnika**

\* niepotrzebne skreślić

### III. Załączniki wymagane do wniosku (uzupełnienia wpisując „x” dokonuje pracownik PCPR)

Lp.	Nazwa załącznika	WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE PCPR (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia/uwagi
1.	Aktualne zaświadczenie lekarskie <b>lekarza specjalisty</b> w przypadku barier technicznych lub zaświadczenie <b>specjalisty</b> w przypadku barier w komunikowaniu się (oba ważne 90 dni od daty wystawienia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o dochodach w gospodarstwie domowym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Kserokopia orzeczenia, o którym mowa w art.1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011r. Nr 127, poz. 721 ze zm.) lub orzeczenie równoważne; oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą w przypadku takich osób; oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Kserokopia pełnomocnictwa lub postanowienia sądu, jeżeli ustanowiony jest pełnomocnik lub opiekun prawny; oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Dwie aktualne oferty cenowe wnioskowanego przedmiotu/ sprzętu/ oprogramowania od niezależnych sprzedawców	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Inne:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Inne:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

.....  
Data i podpis merytorycznego pracownika PCPR,  
stwierdzającego kompletność złożonego wniosku