

.....  
numer kolejny wniosku

.....  
pieczęć wpływu i podpis pracownika

**Wniosek osoby niepełnosprawnej o dofinansowanie ze środków PFRON  
likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych**  
(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)

**Imię i nazwisko**.....

PESEL.....

**Adres zamieszkania**

Miejscowość ....., ulica..... nr domu.....

nr lokalu ..... kod ..... - ..... poczta .....

**Nazwa banku i numer rachunku bankowego, na które ma być przelane dofinansowanie:**

.....  
.....

**I. Przedmiot dofinansowania:**

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

**II. Miejsce realizacji zadania:**

Miejscowość ....., ulica..... nr domu.....

nr lokalu ..... kod ..... - ..... poczta .....

**III. Cel dofinansowania:** .....

.....

**IV. Przewidywany koszt realizacji zadania:** .....zł

słownie:..... zł

**V. Termin rozpoczęcia zadania** .....

**i przewidywany czas realizacji** .....

**VI. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z dotychczasowymi źródłami finansowania:**

.....  
.....

**VII. Dokumentacja o innych źródłach finansowania zadania:**

.....

**VIII. Korzystanie z dofinansowania ze środków PFRON (w ciągu 3 ostatnich lat)**

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON <i>(właściwie zaznaczyć x)</i>		Tak:	Nie:
Cel dofinansowania <i>(nazwa zadania ustawowego oraz/lub nazwa programu, w ramach, którego przyznana została pomoc)</i>	Nr i data zawarcia umowy	Wysokość przyznanego dofinansowania	Stan rozliczenia <i>(kwota rozliczona)</i>

**IX. Kwota wnioskowanego dofinansowania zł:**

cyframi.....(słownie).....  
.....

**X. Uzasadnienie potrzeby zakupu przedmiotu dofinansowania:**

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

**Oświadczam**, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych<sup>1</sup>, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił ..... zł.  
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi .....

Uprzedzona/y o odpowiedzialności za podanie informacji niezgodnych z prawdą 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.

.....

data

.....

czytelny podpis Wnioskodawcy\*,  
przedstawiciela ustawowego\*, opiekuna  
prawnego\*, pełnomocnika\*

<sup>1</sup> **dochód** – oznacza to, po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób:

a) przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach określonych w art. 27, art. 30b, art. 30c, art. 30e i art. 30f ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 2032, z późn. zm.), pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne,

b) dochód z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne,

c) inne dochody niepodlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych:

\*zaznaczyć właściwe

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

**Imię i nazwisko**.....

PESEL.....

**Adres zamieszkania**

Miejscowość ....., ulica..... nr domu.....

nr lokalu ..... kod ..... - ..... poczta .....

nr telefonu .....

Ustanowiony opiekunem\*/ pełnomocnikiem\*.....

(postanowieniem Sądu rejonowego z dn. .... sygn. akt\* .....

na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza ..... z dn. ....

repet. Nr .....

**Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku:**

Nazwa załącznika		Załączono do wniosku <i>(wypełnia PCPR)</i>	
		Tak/Nie / Nie dotyczy	Data uzupełnieni a
1	Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia o zaliczeniu do osób niepełnosprawnych (w przypadku dzieci do lat 16), o stopniu niepełnosprawności: znacznym, umiarkowanym lub lekkim lub orzeczenia równoważnego tj. o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy, niezdolności do samodzielnej egzystencji, o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów lub kopia orzeczenia o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 roku;		
2	Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju schorzenia		
3	Kserokopia pełnomocnictwa lub postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego – w przypadku gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego;		
4	Faktura pro-forma lub oferta cenowa zawierająca nazwę wnioskowanego sprzętu i cenę brutto oraz termin ważności faktury pro-forma lub oferty;		
5	Zgoda w celach kontaktowych– sporządzona wg wzoru stanowiącego załącznik 1 do wniosku;		
6	Inne..... ..... jakie?..... .....		

**OŚWIADCZENIE** (\* *niepotrzebne skreślić*)

Mam/nie mam\* zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz w ciągu ostatnich 3 lat przed złożeniem wniosku byłem/am, nie byłem/am\* stroną umowy zawartej z Funduszem, którą rozwiązano z przyczyn leżących po mojej stronie.

.....  
(data i czytelny podpis Wnioskodawcy)

## WYPEŁNIA PCPR

### I. Ocena formalna wniosku:

Warunki weryfikacji formalnej	Tak	Nie	Uwagi
Wniosek wypełniono prawidłowo			
Wniosek zawiera wymagane załączniki			
Wnioskodawca nie uzyskał ze środków PFRON w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku dofinansowania na cel: dofinansowanie likwidacji barier technicznych			

Weryfikacja formalna wniosku:  pozytywna  negatywna

Wniosek uzupełniony w terminie  tak  nie

Wniosek kompletny w dniu przyjęcia  tak  nie

.....  
(data i podpis pracownika PCPR)

### II. Ocena zasadności wniosku:

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

.....  
(data i podpis pracownika PCPR)

### III. Decyzja o przyznaniu dofinansowania:

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

.....  
(data i podpis kierownika PCPR)

### IV. Akceptacja Starosty

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

.....  
(data i podpis Starosty)

**Zgoda w celach kontaktowych**

Imię i nazwisko	
Nr telefonu	
Adres e-mail	
Adres do korespondencji	

Oświadczanie:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie wskazanych w tabeli moich danych osobowych w celu kontaktowym na potrzeby obsługi moich spraw prowadzonych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wieruszowie ( PCPR w Wieruszowie )

.....  
( data i podpis )

Informujemy, że może Pan/Pani wycofać powyższą zgodę w każdym czasie. Wycofanie zgody nie będzie miało jednak wpływu na legalność przetwarzania danych, które zostały udostępnione na jej podstawie, przed wycofaniem zgody.

Z chwilą otrzymania Danych Osobowych PCPR w Wieruszowie stanie się ich niezależnym administratorem i będzie przetwarzać je zgodnie z Rozporządzeniem UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanym dalej „RODO”. PCPR w Wieruszowie będzie przetwarzać Pani/Pana Dane Osobowe w oparciu o w/w zgodę wyłącznie w celu nawiązania kontaktu (podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. a RODO).

W przypadku, gdy po nawiązaniu kontaktu nie zdecyduje się Pani/Pan na dalsze przetwarzanie tych danych, Pani/Pana dane zostaną usunięte.

Udzielenie powyższej zgody jest dobrowolne. Jeżeli to nastąpi, dostęp do Pani/Pana Danych Osobowych będą mieli upoważnieni pracownicy PCPR w Wieruszowie oraz usługodawcy, którym w drodze umowy powierzono przetwarzanie Danych Osobowych na potrzeby realizacji zadań wykonywanych przez PCPR w Wieruszowie.

.....  
( data i podpis )