

.....
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 (właściwie zaznaczyć x)		Tak:	Nie:
Cel dofinansowania (nazwa zadania ustawowego oraz/lub nazwa programu, w ramach, którego przyznana została pomoc)	Nr i data zawarcia umowy	Wysokość przyznanego dofinansowania	Stan rozliczenia (kwota rozliczona)

IX. Kwota wnioskowanego dofinansowania zł:

cyframi.....(słownie).....
.....

X. Uzasadnienie potrzeby zakupu przedmiotu dofinansowania:

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

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych¹, 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*

¹ **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 (wypełnia PCPR)	
		Tak/Nie/ Nie dotyczy	Data uzupełnienia
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; (oryginał do wglądu)		
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 (oryginał do wglądu)		
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/w komunikowaniu się			

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)