

.....
pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

.....
data wpływu wniosku

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych

I. Dane dotyczące wnioskodawcy (wypełnić drukowanymi literami)

.....syn/córka.....
nazwisko i imię/imiona imię ojca

seria nr wydany w dniu przez
dowód osobisty

nr PESEL

nr kodu-.....pocztą województwo/powiat/
dokładny adres zamieszkania

miejscowość ulica nr domu nr lokalu

Nazwa banku i numer rachunku bankowego

.....
Tel. kontaktowy:.....

II. Proszę o dofinansowanie:

.....
(należy podać nazwę **przedmiotu dofinansowania**)
.....

Przewidywany koszt realizacji zadania

Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:

cyfrą:.....(słownie:..... zł)

Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

.....

Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania

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

III. Informacja o ewentualnej ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania

.....
.....

IV. Sytuacja zdrowotna

A. Rodzaj niepełnosprawności (Zaznacz Tak lub Nie)

1. dysfunkcja narządów ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	
2. dysfunkcja narządów wzroku	
3. dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
4. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
5. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia znacznie ograniczająca możliwość poruszania się poza mieszkaniem	

B. Stopień niepełnosprawności (Zaznacz Tak lub Nie)

1. znaczny (inwalidztwo I grupy)	
2. umiarkowany (inwalidztwo II grupy)	
3. lekki (inwalidztwo III grupy)	

V. Sytuacja zawodowa (Zaznacz Tak lub Nie)

1. zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą	
2. dzieci do lat 18	
3. młodzież od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca	
4. bezrobotny poszukujący pracy /rencista poszukujący pracy	
5. rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy	

VI. Wysokość dochodu osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym z wnioskodawcą

Nazwisko i imię	pokrewieństwo	stopień niepełnosprawności	dochód na m-c
1.....	wnioskodawca		
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
Razem:			

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku

wyniósł.....zł.....gr.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

VII. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Czy wnioskodawca ma zaległości wobec PFRON				TAK ☐	NIE ☐
Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON				TAK ☐	NIE ☐
Nr i data zawarcia umowy	Kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan Rozliczenia	Źródło: PFRON Samorząd powiatowy

VIII. Zadeklarowana kwota posiadanych środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie zadania określonego w pkt. II

.....
.....

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

*niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZENIE O ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ

Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 §1 i §1a ustawy z dnia 6 czerwca 1997r Kodeksu Karnego oświadczam, że podane we wniosku oraz w załącznikach informacje są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.

„§1.Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8. §1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w §1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.”

.....
czytelny podpis

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kaliszu zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r o ochronie danych osobowych.

.....
czytelny podpis

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

.....syn/córka.....
nazwisko i imię/imiona *imię ojca*

seria nr wydany w dniu przez
dowód osobisty

nr kodu-..... poczta województwo/powiat/
dokładny adres

miejsowość ulica nr domu nr lokalu

ustanowiony opiekunem*/pełnomocnikiem*

.....
(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. ... sygn. akt*/ na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza ... z dn. ... repert. nr ...)

.....
*niepotrzebne skreślić

PESEL:

Załączniki do wniosku:

- kopia orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu),
- kopia orzeczenia o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą (oryginał do wglądu),
- aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu,
- zaświadczenie lekarskie potwierdzające indywidualne potrzeby osoby niepełnosprawnej do zakupu wnioskowanego urządzenia w celu likwidacji barier technicznych.