

nr wniosku.....

data wpływu .....

**Powiatowe Centrum Pomocy we Wrocławiu ul. Kościuszki 131, 50-440 Wrocław**

**Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się**

**DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**

Imię i nazwisko .....

PESEL.....

Adres zamieszkania .....

.....telefon .....

Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności .....

(stopień niepełnosprawności lub grupa inwalidzka)

Orzeczenie o niepełnosprawności przed ukończeniem 16 roku życia .....

**Rodzaj niepełnosprawności\*:**

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządu słuchu	
5. dysfunkcja narządu mowy	
6. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
7. pozostałe wraz ze schorzeniami sprzężonymi	

Niniejszym oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosi.....zł

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym.....

L.p.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Źródło dochodu	Kwota dochodu
1		wnioskodawca		
2				
3				
4				
5				
6				

Jestem mieszkańcem Domu Pomocy Społecznej tak

nie

Przebywam w Zakładzie Opiekuńczo Lecznicy tak

nie

**Nawa banku i numer rachunku bankowego:**.....

**Przedmiot dofinansowania**.....

*Należy podać nazwę urządzenia/sprzętu*

**Przewidywany koszt realizacji zadania**.....zł

**Deklarowany procentowy udział Wnioskodawcy w kosztach przedsięwzięcia (min. 5%):**  
.....%

**Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków Funduszu (max. 95% planowanej inwestycji):** .....zł.

słownie: .....

Informacja o 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

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

Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania

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

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuje się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

**Uzasadnienie składanego wniosku**

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

Informacja o kwotach przyznanych wcześniej ze środków Funduszu z określeniem numeru zawartej umowy, celu i daty przyznania dofinansowania oraz stanu rozliczenia.

Korzystałam/em:		TAK / NIE**		
<i>Data przyznania dofinansowania</i>	<i>Numer zawartej umowy</i>	<i>Cel</i>	<i>Kwota</i>	<i>Stan rozliczenia</i>

\*\* niepotrzebne skreślić

**Oświadczam, że posiadam / nie posiadam\* sprzęt (urządzenie), o który ubiegam się tym wnioskiem.**

Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania.....

.....  
.....

Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

.....  
.....

**Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), Opiekun Prawny lub Pełnomocnik**

.....  
..... imię (imiona) i nazwisko  
seria ..... nr ..... wydany w dniu ..... przez .....  
(dowód osobisty)

nr PESEL .....

miejsowość ..... ulica ..... nr domu.....

nr lokalu ..... nr kodu ..... poczta ..... powiat .....

ustanowiony opiekunem/pełnomocnikiem .....  
(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. .... sygn. akt\*/na mocy pełnomocnictwa  
potwierdzonego przez Notariusza .....  
z dn. .... repet nr .....

**Oświadczenia:**

1. Uprzedzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) za fałszywe zeznania, prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.
2. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować PCPR w ciągu 14 dni.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

\* właściwe zaznaczyć

Należy uzupełnić wszystkie rubryki.

.....  
(podpis Wnioskodawcy\* / Przedstawiciela  
ustawowego\* / Opiekuna prawnego\* /  
Pełnomocnika)

**Załączniki do wniosku:**

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik – oryginał do wglądu.
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą w przypadku takich osób – oryginał do wglądu.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności i potrzebie likwidacji barier w komunikowaniu.
4. Kopia dowodu osobistego – oryginał do wglądu.
5. Faktura PRO FORMA lub oferta cenowa zakupu sprzętu.
6. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania – o ile dotyczy.

.....  
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek (PCPR)

.....  
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

.....  
(data)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko.....

zamieszkała (y).....

PESEL.....

wymaga likwidacji barier w komunikowaniu ze względu na trudności w zakresie

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

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

Zgodnie z § 6 pkt 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2013 r. poz. 1190 z późn. zm.) – „o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się ze środków Funduszu mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, **jeśli jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności**, a ich realizacja umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem”.