

Data wpływu.....

Imię i nazwisko.....

ul.....

kod miejscowość:.....

W N I O S E K

**o dofinansowanie ze środków PFRON zakupu urządzeń (wraz z montażem) lub
wykonania usług z zakresu likwidacji barier w KOMUNIKOWANIU SIĘ**

ON-8215/3/...../.....

Uwaga:

W przypadku odbioru środków finansowych w kasie PCPR w Rybniku prosimy o okazanie **oryginału** pełnomocnictwa notarialnego, postanowienia sądu o ustanowieniu kuratora dla osoby niepełnosprawnej niezdolnej do złożenia podpisu lub upoważnienie potwierdzone przez wójta, burmistrza.

WNIOSEK OBOWIĄZUJE OD 02.01.2017 R.

(pieczęć PCPR w Rybniku)

(data wpływu wniosku)

Bariery w komunikowaniu się ON-8215/3/ /.....

W N I O S E K

o dofinansowanie ze środków PFRON zakupu urządzeń (wraz z montażem) lub wykonania usług z zakresu likwidacji barier w KOMUNIKOWANIU SIĘ

(proszę wypełnić wszystkie rubryki drukowanymi literami)

I. WNIOSKODAWCA

1. Dane o wnioskodawcy

Imię i Nazwisko tel.

Data urodzenia

Syn / córka (Imię ojca).....Seria i numer dowodu osobistego.....

Dowód wydany w dniuprzez.....

Nr PESEL.....Adres stałego zameldowania:.....

.....kod.....

Adres zamieszkania.....

2. Proszę o dofinansowanie.....

(należy podać nazwę urządzenia (ewentualny montaż), rodzaj usługi)
Cena urządzenia brutto (z VAT..... zł, słownie.....zł,
co stanowi.....% ceny brutto, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł.

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuje się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem/kosztom wykonania usługi*, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł, a przyznaną ze środków PFRON kwotą dofinansowania.

Krótkie uzasadnienie składanego wniosku.....

3. Informacje o Wnioskodawcy (proszę wstawić x we właściwej rubryce):

Stopień niepełnosprawności ważny do.....

- ☐ I grupa – znaczny stopień niepełnosprawności (osoby całkowicie niezdolne do pracy i samodzielnej egzystencji)
- ☐ II grupa – umiarkowany stopień niepełnosprawności (osoby całkowicie niezdolne do pracy)
- ☐ III grupa – częściowy stopień niepełnosprawności (osoby częściowo niezdolne do pracy)
- ☐ niepełnosprawność osoby do 16 roku życia

Rodzaje niepełnosprawności: (proszę wstawić x we właściwej rubryce)

- ☐ Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk
- ☐ Inna dysfunkcja narządu ruchu (jaka ?).....
- ☐ Dysfunkcja narządu wzroku
- ☐ Dysfunkcja narządu słuchu
- ☐ Dysfunkcja narządu mowy
- ☐ Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)
- ☐ Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia

Podaj **liczbę osób** pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

Czy we wspólnym gospodarstwie są inne **osoby niepełnosprawne** (podaj liczbę osób i stopień niepełnosprawności tych osób)

Korzystałem/am już ze środków PFRON: **(proszę wstawić x we właściwej rubryce)**

- ☐ Tak
- ☐ Nie

Jeśli korzystałem/am, proszę wymienić z jakiego tytułu i kiedy.....

Sytuacja zawodowa Wnioskodawcy: (proszę wstawić x we właściwej rubryce)

- ☐ Zatrudniony / prowadzi działalność gospodarczą*
- ☐ Młodzież w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się z systemie szkolnym / lub studiująca
- ☐ Bezrobotny poszukujący pracy / rencista poszukujący pracy*
- ☐ Rencista/ emeryt/ niezainteresowany podjęciem pracy*
- ☐ Dzieci, młodzież do lat 18

4. Dane o Przedstawicielu ustawowym / Opiekunie prawnym / Pełnomocniku*

Imię i Nazwisko.....tel.....

Syn/córka.....

Seria/numer dowodu osobistego.....

Dowód wydany w dniu przez.....

Nr PESEL.....Nr NIP.....

Adres stałego zameldowania.....

Ustanowiony Opiekunem*/ Pełnomocnikiem.....

Postanowieniem Sądu Rejonowego wz dnia.....

Sygn. Akt.

Na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza

Z dnia repet. Nr

Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Kierownika PCPR o wszelkich zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku, mających wpływ na sposób jego rozpatrzenia.

Prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam pod odpowiedzialnością karną przewidzianą w art. 233 § 1 i § 2 Kodeksu Karnego.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 i Nr 153, poz. 1271) w bazie danych Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Rybniku w celu realizacji procedury dofinansowania.

Oświadczam, że w ciągu ostatnich 3 lat korzystałem(am)/ nie korzystałem(am)* ze środków PFRON na realizację zadania z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się.

Proszę o przekazanie dofinansowania na: (proszę wstawić x we właściwej rubryce):

- ☐ Nr konta.....
(nazwa banku i numer konta bankowego)
- ☐ konto wskazane w fakturze
- ☐ w kasie PCPR w Rybniku

.....
(data)

.....
(podpis Wnioskodawcy)

Załączniki do wniosku:

1. Kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności lub jego odpowiednik.
2. Aktualne zaświadczenie lekarza specjalisty/rodzinnego zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności (czytelne, w języku polskim zawierające wskazanie do konieczności korzystania z danego sprzętu).
3. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności osób prowadzących wspólne gospodarstwo domowe wraz z Wnioskodawcą.
4. Oferta wnioskowanego urządzenia, sprzętu wraz ze specyfikacją
5. Pełnomocnictwo notarialne bądź postanowienie Sądu o ustanowienie kuratora dla osoby niepełnosprawnej niezdolnej do złożenia podpisu lub upoważnienie potwierdzone przez wójta, burmistrza do odbioru środków finansowych
6. Zaświadczenie szkolne lub z zakładu pracy

* niepotrzebne skreślić

II. JEDNOSTKA ROZPATRUJĄCA WNIOSEK:

Opinia Komisji ds. opiniowania wniosków o dofinansowanie barier w komunikowaniu się:

.....

.....

.....

.....

(data)

.....

(podpisy członków Komisji)

Decyzja o przyznaniu dofinansowania:

.....

.....

.....

.....

.....

(data)

.....

(podpis Kierownika PCPR)

Miejscowość, data.....

Pieczętka przychodni

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dotyczące likwidacji barier w komunikowaniu się ze środków PFRON

Niniejszym oświadczam, że Pan/Pani.....

zam.....

PESEL.....

Data i miejsce urodzenia.....

Jest osobą z dysfunkcją:.....

.....

.....

.....

.....

* (podpis i pieczęć lekarza

* lekarz specjalista/lekarz rodzinny

Data.....

Oświadczenie

o wysokości dochodu Wnioskodawcy oraz osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą

Niniejszym oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny (w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych), **pomniejszony** o obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego (określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych), oraz o kwotę alimentów świadczonych przez **osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym** na rzecz innych osób, **podzielony** przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za **kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku**, w którym składany jest wniosek, wynosił: zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi.....

Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Kierownika PCPR o wszelkich zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku, mających wpływ na sposób jego rozpatrzenia.

Prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam pod odpowiedzialnością karną przewidzianą w art. 233 § 1 i § 2 Kodeksu Karnego.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 i Nr 153, poz. 1271) w bazie danych Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Rybniku w celu realizacji procedury dofinansowania.

.....
(data)

.....
(podpis wnioskodawcy)