

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 TECHNICZNYCH**

ON-8215/2/...../.....

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 techniczne ON-8215/2/.... /....

W N I O S E K

o dofinansowanie ze środków PFRON zakupu urządzeń (wraz z montażem) lub wykonania usług z zakresu likwidacji BARIER TECHNICZNYCH

I. WNIOSKODAWCA

1. Dane o wnioskodawcy *(proszę wypełnić drukowanymi literami wszystkie rubryki)*

Imię i Nazwisko tel.

Data urodzenia Syn / córka *(Imię ojca)*.....

Seria i numer dowodu osobistego.....Dowód wydany w dniu.....
przez.....

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

..... kod.....

Adres zamieszkania.....

2. Proszę o dofinansowanie.....

(należy podać nazwę urządzenia (ewentualny montaż), rodzaj usługi)

Cena urządzenia brutto (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:

- 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 w 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.....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 technicznych.

Proszę o przekazanie dofinansowania na: *

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

.....
(data)

.....
(podpis Wnioskodawcy)

II. JEDNOSTKA ROZPATRUJĄCA WNIOSY:

Opinia Komisji ds. opiniowania wniosków o dofinansowanie barier technicznych:

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

.....
(data)

.....
(podpisy członków Komisji)

Decyzja o przyznaniu dofinansowania:

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

.....
(data)

.....
(podpis Kierownika PCPR)

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

* Niepotrzebne skreślić

data.....

Pieczętka przychodni

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
dotyczące likwidacji barier technicznych

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

zam.....

PESEL.....

Jest osobą z dysfunkcją:.....

.....

.....

Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny.....

.....

.....

* (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)