

**WNIOSEK**  
**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób**  
**Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych w miejscu**  
**zamieszkania osoby niepełnosprawnej.**

**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 .....-..... poczta ..... województwo/powiat ...../  
*dokładny adres*

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

nr tel.....

**1. Rodzaj niepełnosprawności <sup>(1)</sup>**

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

**2. Stopień niepełnosprawności <sup>(1)</sup>**

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

**II. Sytuacja zawodowa <sup>(1)</sup>**

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

(1) wstawić *x* we właściwej rubryce

\* niepotrzebne skreślić

### III. Sytuacja mieszkaniowa - zamieszkuje <sup>(1)</sup>

1. samotnie	
2. z rodziną	
3. z osobami nie spokrewnionymi	

### IV. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z wnioskodawcą

nazwisko i imię	pokrewieństwo	stopień i rodzaj niepełnosprawności		dochód miesięczny netto <sup>(4)</sup>
1.	<b>wnioskodawca</b>	stopień <sup>(2)</sup>	rodzaj <sup>(3)</sup>	
2.		stopień <sup>(2)</sup>	rodzaj <sup>(3)</sup>	
3.		stopień <sup>(2)</sup>	rodzaj <sup>(3)</sup>	
4.		stopień <sup>(2)</sup>	rodzaj <sup>(3)</sup>	
5.		stopień <sup>(2)</sup>	rodzaj <sup>(3)</sup>	
6.		stopień <sup>(2)</sup>	rodzaj <sup>(3)</sup>	
7.		stopień <sup>(2)</sup>	rodzaj <sup>(3)</sup>	

### V. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych<sup>(1)</sup>

1. na likwidację barier urbanistycznych, architektonicznych i w komunikowaniu się:	
a) nie korzystał	
b) korzystał (w tym ze środków przyznanych przez WOZiRON)	
2. korzystał na inne cele ustawowe i rozliczył się	
3. korzystał na inne cele ustawowe i jest w trakcie rozliczenia	
4. korzystał i nie rozliczył się	

Numer i data zawartej umowy .....

Data otrzymania dofinansowania ..... oraz podać stan rozliczenia .....

### VI. Deklarowany udział własny wnioskodawcy i/lub sponsora

1. deklarowany przez wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania - ponad obowiązkowe 20%	
2. inne źródła finansowania podać jakie:  ..... (zł. ....) ..... (zł. ....) ..... (zł. ....)	

### VII. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania.

.....

(1) wstaw **x** we właściwej rubryce

\* niepotrzebne skreślić

(2) wstaw właściwe oznaczenia cyfrowe z tabeli 2

(3) wstaw właściwe oznaczenia cyfrowe z tabeli 1

(4) dochód – oznacza to, po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób:

**a)** przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach ogólnych na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych, 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)** deklarowany w oświadczeniu dochód z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, pomniejszony o należny zryczałtowany podatek dochodowy i składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne,.

**VIII. Cel likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych**

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

**IX. Wykaz planowanych przedsięwzięć w celu likwidacji barier i orientacyjny koszt (w kolejności od najważniejszego dla Wnioskodawcy)**

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

**X. Przewidywany koszt realizacji zadania :**

cyfrą: ..... (słownie: ..... zł)

**XI. Wysokość wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:**

cyfrą: ..... (słownie: ..... zł)

**XII. Przyznane dofinansowanie proszę przekazać na:**

1. moje konto bankowe:
  - nr konta.....
  - pełna nazwa .....
2. konto sprzedawcy
  - nr konta .....
  - pełna nazwa banku .....
3. gotówką

Upředzona/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 informować w ciągu 14 dni.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych ( Dz. U. Nr 101 z 2002r., poz. 926 i Nr 153, poz. 1271).

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

(1) wstaw x we właściwej rubryce  
\* niepotrzebne skreślić

**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*

PESEL .....

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 ...)*

**Załączniki do wniosku:**

- orzeczenie o:
  - zakwalifikowaniu przez organy orzekające do jednego z trzech stopni niepełnosprawności,
  - całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy,
  - niepełnosprawności wydane przed ukończeniem 16 roku życia(w przypadku, gdy rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu, należy dostarczyć aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności)
- orzeczenia o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą,
- inne dokumenty wskazujące na potrzebę zakupu wymienionego we wniosku sprzętu.

*\*niepotrzebne skreślić*

.....  
(Imię)

.....,dnia .....

.....  
(Nazwisko)

.....  
(Adres zamieszkania)

.....

### **Oświadczam, że:**

1. byłem(am) stroną umowy zawartej na dofinansowanie ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:
  - tak
  - nie
2. posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego,
3. podane informacje są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
4. wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych, dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji zadania, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.97 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz.U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 z późn. zm.)

.....

(podpis wnioskodawcy)