

nr sprawy
wypełnia pracownik PCPR w Słupsku

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

1. Dane osoby niepełnosprawnej:

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Dowód osobisty: seria nr wydany w dniu
przez

PESEL nr telefonu:

Nazwa banku i nr rachunku

2. Przedmiot dofinansowania:

3. Uzasadnienie wniosku wskazujące na potrzebę likwidacji barier technicznych :

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

4. Cel dofinansowania:

.....

5.Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Należy wymienić sprzęt o dofinansowanie którego wnioskodawca się ubiega	Orientacyjna cena brutto (kwota w zł)
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
Razem:	

6.Całkowity koszt zakupu wnioskowanego przedmiotu (100% ceny): zł

7.Kwota wnioskowanego dofinansowania (do 95% ceny): zł

słownie:

8. Miejsce realizacji zadania:

9. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:

10.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

☐ Nie ☐ Tak

11.Źródła finansowania zadania :

☐ we własnym zakresie ☐ inne (jakie?)

12.Sytuacja zawodowa wnioskodawcy (podkreślić właściwą odpowiedź):

- | | |
|--|---|
| ☐ zatrudniony | ☐ prowadzący działalność gospodarczą |
| ☐ dzieci i młodzież do lat 18 | ☐ osoba w wieku od 18 do 24 lat ucząca się |
| ☐ osoba studiująca | ☐ osoba bezrobotna zarejestrowana w PUP |
| ☐ rencista | ☐ emeryt |
| ☐ inna | |

13.Wnioskodawca zamieszkuje:

☐ samotnie ☐ z rodziną ☐ z osobami nie spokrewnionymi

14. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON - Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku)

□ Tak

☐ Nie

[illegible]

15. Informacje uzupełniające

Czy wnioskodawca uzyskał wcześniej pomoc ze środków PFRON w zakupie urządzenia/sprzętu wskazanego we wniosku

□ Nie

☐ Tak w roku w ramach

Nazwa instytucji udzielającej pomocy

Oświadczam, że:

1. przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, **podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym**, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił zł. Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi
2. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku ☐ **tak** - ☐ **nie**,
3. informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
4. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na urządzenie/sprzęt określony we wniosku: ☐ **tak** - ☐ **nie**,
5. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w realizacji wniosku w wysokości **co najmniej 5% kosztów ceny brutto urządzenia/sprzętu**,
6. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w tym zakresie,
7. przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez PCPR w Słupsku oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
8. w ciągu ostatnich 3 lat **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ **tak** - ☐ **nie**,
9. **posiadam/ nie posiadam** wymagalne zobowiązania wobec PFRON (*niepotrzebne skreślić*)
10. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb jego realizacji zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych),
11. przyjmuję do wiadomości i stosowania, że **dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.**

.....
miejscowość, data

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy
lub osoby występującej w jego imieniu*

* w przypadku osoby występującej w imieniu wnioskodawcy należy wypełnić poniższe informacje

Dane osoby występującej w imieniu wnioskodawcy

☐ przedstawiciel ustawowy (rodzic) ☐ opiekun prawny ☐ pełnomocnik ustanowionego notarialnie

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Dowód osobisty: seria nr wydany w dniu
przez

PESEL nr telefonu:

Nazwa banku i nr rachunku

Załączniki do wniosku:

Nazwa załącznika		Dołączono do wniosku zaznaczyć właściwe (wypełnia PCPR)	Uzupełniono zaznaczyć właściwe	Data uzupełnienia
			wypełnia PCPR wniosek nr	
1.	Kserokopia ważnego orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego (oryginał do wglądu)	☐	☐	
2.	Kopie orzeczeń osób niepełnosprawnych mieszkających wspólnie z wnioskodawcą (oryginały do wglądu)	☐	☐	
3.	Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia (druk w załączeniu)	☐	☐	
4.	Dokument potwierdzający naukę (w przypadku osób uczących się)	☐	☐	
5.	Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania np. przez fundację, stowarzyszenie itp.	☐	☐	
6.	Kopia dokumentu uprawniającego do działania w imieniu wnioskodawcy (oryginał do wglądu) w przypadku: osoby niepełnoletniej – odpis aktu urodzenia osoby ubezwłasnowolnionej – zaświadczenie z sądu osoby reprezentowanej przez pełnomocnika – akt notarialny	☐	☐	

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta.....
Adres zamieszkania
Data urodzenia PESEL

Rozpoznanie choroby zasadniczej będącej przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności:

.....
.....

Rodzaj niepełnosprawności (zakreślić właściwe):

☐	dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	podpis lekarza
☐	dysfunkcja narządu ruchu bez konieczności poruszania się na wózku inwalidzkim	podpis lekarza
☐	wrodzony brak lub amputacja kończyn	podpis lekarza
☐	inna dysfunkcja narządu ruchu	podpis lekarza
☐	choroba neurologiczna	podpis lekarza
☐	choroba nowotworowa	podpis lekarza
☐	inna	podpis lekarza

Używane przedmioty ortopedyczne:

.....
miejscowość

.....
data

.....
pieczętka i podpis lekarza