

.....  
data wpływu kompletnego wniosku (dzień, miesiąc, rok)

.....  
pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

**WNIOSEK**  
**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do**  
**likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych**

**Dane dotyczące Wnioskodawcy (proszę wypełnić drukowanymi literami)**

.....syn/córka\*.....  
*imię (imiona) i nazwisko* *imię ojca*

seria ..... nr ..... wydany w dniu ..... przez .....

.....  
*dowód osobisty*  
nr PESEL ..... nr NIP .....

miejsowość ..... ulica....., nr domu..... nr lokalu.....  
*adres stałego zameldowania*

nr kodu ..... - ..... poczta ..... powiat .....

województwo ..... nr tel. /fax (z nr kier.) .....

**Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik**

|  |  |
|--|--|
| <b>1. znaczny</b>  |  |
| - inwalidzki I grupy   |  |
| - osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji                          |  |
| - osoby całkowicie niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny |  |
| - osoby w wieku do lat 16  |  |
| <b>2. Umiarkowany</b>  |  |
| - inwalidzki II grupy  |  |
| - osoby całkowicie niezdolne do pracy  |  |
| <b>3. Lekki</b>  |  |
| - pozostali inwalidzi III grupy  |  |
| - osoby częściowo niezdolne do pracy   |  |
| - osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym                               |  |

## Rodzaj niepełnosprawności

|   |  |
|---|--|
| 1.dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim:<br>wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk |  |
| 2. inna dysfunkcja narządu ruchu  |  |
| 3. dysfunkcja narządu wzroku  |  |
| 4. dysfunkcja narządu słuchu  |  |
| 5. dysfunkcja narządu mowy  |  |
| 6. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)  |  |
| 7. Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia   |  |

## Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Korzystałem(am) z dofinansowania:

- |   |            |            |
|---|------------|------------|
| •do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON | <b>tak</b> | <b>nie</b> |
| •do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego                          | <b>tak</b> | <b>nie</b> |
| •do likwidacji barier w komunikowaniu się                     | <b>tak</b> | <b>nie</b> |
| •do likwidacji barier technicznych                            | <b>tak</b> | <b>nie</b> |
| •do likwidacji barier architektonicznych                      | <b>tak</b> | <b>nie</b> |
| •do przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych         | <b>tak</b> | <b>nie</b> |

Jestem zatrudniony/a w zakładzie pracy chronionej **tak** **nie**

**Proszę o dofinansowanie** .....

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

**pełny koszt zadania**.....**zł**

**słownie:** .....**zł**

### Krótkie uzasadnienie składanego wniosku:

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

Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym

|   | Nazwisko i Imię | Stopień pokrewieństwa | Dochód (netto) |
|---|-----------------|-----------------------|----------------|
| 1 |                 |                       |                |
| 2 |                 |                       |                |
| 3 |                 |                       |                |
| 4 |                 |                       |                |
| 5 |                 |                       |                |
| 6 |                 |                       |                |
| 7 |                 |                       |                |

### OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Oświadczam, że dochód miesięczny/ obliczony zgodnie z wyjaśnieniem/, przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił.....

Powyższy dochód nie jest obciążony z tytułu wyroków sądowych lub innych tytułów.

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam pod odpowiedzialnością karną własnoręcznym podpisem.

.....  
**miejsowość i data**

.....  
**podpis wnioskodawcy  
lub przedstawiciela ustawowego**

**Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), Rodzic, Opiekun prawny lub Pełnomocnika**

..... syn/córka\*.....  
*imię (imiona) i nazwisko* *imię ojca*

seria ..... nr ..... wydany w dniu ..... przez .....  
dowód osobisty

..... nr PESEL ..... nr NIP .....

miejsowość ..... ulica ..... nr domu ..... nr lokalu .....  
adres stałego zameldowania

nr kodu .....- ..... poczta ..... powiat .....  
województwo ..... nr tel. Faxu (z nr kier.) .....

ustanowiony Opiekun\*/Pełnomocnikiem\* .....

postanowieniem Sadu Rejonowego ..... z dnia ..... sygn. Akt .....  
na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza .....

z dnia ..... repet. Nr .....

.....  
podpis przedstawiciela ustawowego

Wyrażam zgodę , w związku z art. 23 ust.1 i ust. 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133 poz. 883 ) na wykorzystywanie danych w związku z niniejszym wnioskiem.  
O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

.....  
**podpis Wnioskodawcy  
lub przedstawiciela ustawowego**

**Załączniki do wniosku:**

- 1.kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
- 2.aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności i o problemach wynikających ze schorzenia,
- 3.kosztorys wstępny określający części składowe zadania z co najmniej dwóch punktów sprzedaży.
- 4.zaświadczenie o dochodach Wnioskodawcy i osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym (odcinki z rent, emerytur, zaświadczenia o wynagrodzeniu, decyzje o zasiłku)

**POUCZENIE**

Dochody osobiste i dochody rodziny to suma przychodów ze wszystkich źródeł. Średni miesięczny dochód pomniejsza się o podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym. Średni miesięczny dochód należy przedstawić za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.