



pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

## W N I O S E K

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zakupu urządzeń z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych

### A. Dane dotyczące wnioskodawcy

.....syn/córka.....  
nazwisko i imię/imiona imię ojca

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

..... nr PESEL .....

nr kodu .....-..... poczta ..... miejscowość .....

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

województwo.....tel/fax.....

Proszę o dofinansowanie.....

Podać nazwę urzędnika

.....

w łącznej wysokości.....zł.,(słownie złotych.....zł.)

co stanowi.....% ceny brutto, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł.

### Cel likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych

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

## **Informacje o wnioskodawcy**

### **I. Rodzaj niepełnosprawności**

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 narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. inna , utrudniająca komunikację – wskazać jaka	

### **II. Stopień niepełnosprawności (lub równoważny)**

1. znaczny	
2. umiarkowany	
3. lekki	

### **III. Sytuacja mieszkaniowa – wnioskodawca zamieszkuje**

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

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

nazwisko i imię	pokrewieństwo	Dochód miesięczny
1.	<b>Wnioskodawca</b>	
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

### **V. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

1. na likwidację barier w komunikowaniu się i technicznych	
a) nie korzystał	
b) korzystał podać numer zawartej umowy, cel i datę przyznanego dofinansowania oraz stan rozliczenia .....	
2. korzystał na inne cele ustawowe i rozliczył się	
3. korzystał na inne cele ustawowe i jest w trakcie rozliczania	
4. korzystał i nie rozliczył się	

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

1. deklarowany przez wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania - ponad 20%	%
2. deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania	%

## VII. Miejsce realizacji zadania

.....  
.....

## VIII. Przewidywany koszt realizacji zadania

.....

## IX. Informacja o innych źródłach finansowania zadania.

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

**Nazwa banku i numer rachunku bankowego**.....

Oświadczam, że posiadam środki własne w wysokości 20 % na pokrycie udziału własnego realizowanego zadania.

Oświadczam, że nie mam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON.

Oświadczam, że w ciągu ostatnich 3 lat przed złożeniem wniosku nie byłam/em stroną umowy zawartej z PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Uprzedzona/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 poinformować w ciągu 14 dni.

## X. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych.

Ja, niżej podpisany/a wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji wniosku zgodnie z ustawą o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997r. (Dz. U. z 2018r. poz. 511).

Oświadczam, że zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119, s. 1) zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dotyczącą ochrony moich danych osobowych.

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy,  
przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika)

**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.....NIP.....

nr kodu .....-..... poczta .....  
*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:**

- kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
- aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informacje, o rodzaju niepełnosprawności,
- zaświadczenie o dochodach wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z wnioskodawcą \*,
- poświadczenie zameldowania
- oferta cenowa

Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

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

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb PCPR we Włocławku  
(dotyczy wniosku na likwidację w komunikowaniu się i technicznych)

Imię i nazwisko pacjenta .....

Data urodzenia .....

1. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny.....

.....

.....

Pacjent porusza się/nie porusza się na wózku inwalidzkim.\*

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole** ):

<input type="checkbox"/>	narząd ruchu, w zakresie: .....	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	znaczny niedowład obu kończyn dolnych	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	znaczny niedowład obu kończyn górnych	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	jednoczesna dysfunkcja kończyny dolnej i górnej	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	jednoczesna dysfunkcja co najmniej jednej kończyny górnej i kończyn dolnych	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	jednoczesna dysfunkcja kończyn górnych i dolnych	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	narząd wzroku – ubytek wzroku na poziomie powyżej +, - 10,00 dptr	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	narząd słuchu – ubytek słuchu na poziomie od 90 decybeli wzwyż	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia utrudniające komunikację - <b>wskazać</b>	pieczętka i podpis lekarza

\* o ile dotyczy - niepotrzebne skreślić

## UPOWAŻNIENIE

Ja niżej podpisany ..... zamieszkały w

.....

Legitymujący się dowodem osobistym nr ..... PESEL .....

1. Oświadczam, że do uzyskania informacji o sprawach prowadzonych przez Powiatowe Centrum Pomocy rodzinie we Włocławku oraz składania wniosków, oświadczeń w moim imieniu upoważniam niżej wymienioną bliską mi osobę.

nikogo nie upowazniam<sup>1</sup>

..... PESEL.....

zam..... (tel. kontaktowy).....

.....  
(podpis petenta, przedstawiciela ustawowego lub faktycznego)

-----

<sup>1</sup> Zakreślić znakiem X