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

data wpływu wniosku

.

# WNIOSEK

o dofinansowanie zakupu urządzeń lub wykonania usług z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się

**Dofinansowanie nie może obejmować kosztów zakupu i realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu**

WNIOSKODAWCA (*PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI )*

*(w przypadku osoby, która nie ukończyła 18 roku życia należy wpisać jej dane)*

.............................................................................syn/córka ......................................................

imię i nazwisko imię ojca

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

dowód osobisty

Nr PESEL ..........................................................................

miejscowość ................................. ulica ............................. nr domu .........................................

nr lokalu....... nr kodu ..................... poczta ......................... powiat ..........................................

województwo ................................... nr tel./faxu ........................................................................

E-mail..........................................................................................................................................

Nazwa banku i nr rachunku bankowego ...................................................................................

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

Proszę o dofinansowanie .............................................................................................................

należy podać nazwę urządzenia lub rodzaj usługi

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

Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania ......................................................zł.

(słownie:..............................................................................................................................zł),

co stanowi .................% ceny brutto

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuje się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia, pomniejszoną o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

**Uzasadnienie składanego wniosku**

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

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

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

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

Informacje o Wnioskodawcy

**I. stopień niepełnosprawności** **(wstawić X we właściwej rubryce)**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. znaczny |  |
| * inwalidzi I grupy |  |
| * osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji |  |
| * osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny |  |
| * osoby w wieku do 16 lat ( w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat), którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny |  |
| 2. Umiarkowany |  |
| * inwalidzi II grupy |  |
| * osoby całkowicie niezdolne do pracy |  |
| * inwalidzi III grupy ze względu na głuchotę lub głuchoniemotę |  |
| 3. lekki |  |
| * pozostali inwalidzi III grupy |  |
| * osoby częściowo niezdolne do pracy |  |
| * osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym |  |
|  |  |

**II. Rodzaj niepełnosprawności**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak albo po amputacji dłoni lub rąk |  |
| 1. inna dysfunkcja narządu ruchu |  |
| 1. dysfunkcja narządu wzroku |  |
| 1. dysfunkcja narządu słuchu |  |
| 1. dysfunkcja narządu mowy |  |
| 1. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe) |  |
| 1. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia |  |

**III. Sytuacja zawodowa**

|  |  |
| --- | --- |
| * zatrudniony / prowadzący działalność gospodarczą |  |
| * młodzież w wieku od lat 18 do 24 ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca |  |
| * bezrobotny poszukujący pracy / rencista poszukujący pracy |  |
| * rencista emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy |  |
| * dzieci i młodzież do lat 18 |  |

**IV. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. na likwidację barier w komunikowaniu się |  |
| - nie korzystałem |  |
| - przedmiot dofinansowania |  |
| - data otrzymania dofinansowania |  |
| - kwota dofinansowania |  |
| 2. korzystałem na inne cele ustawowe i rozliczyłem się |  |
| 3. korzystałem na inne cele ustawowe i jestem w trakcie rozliczenia |  |
| 4. korzystałem i nie rozliczyłem się |  |

# **V. Miejsce realizacji zadania *(adres, gdzie będzie używany przedmiot dofinansowania)***

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

**VI. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania**

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

**VII. 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**

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

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

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

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

**VIII. Udokumentowana informacja o ewentualnym dofinansowaniu zadania z innych źródeł**

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

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

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

Pouczony/a o odpowiedzialności karnej z art.233 § 1 Kodeksu karnego za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

Art.233 § 1 kk – Kto, składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się informować w ciągu 14 dni.

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

Czytelny podpis

Wnioskodawcy / Przedstawiciela ustawowego\*/

Opiekuna prawnego\* / Pełnomocnika\*

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), Opiekun prawny lub Pełnomocnik

........................................................................ syn/córka .............................................................

imię (imiona) nazwisko imię ojca

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

dowód osobisty

nr PESEL ............................................nr tel.......................................

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

adres stałego zameldowania

kod pocztowy .................. poczta ................................... województwo .....................................

Ustanowiony Opiekunem \*/ Pełnomocnikiem\* ..........................................................................

Postanowieniem Sądy Rejonowego \*...........................................................................................

Na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza ..................................................

Z dnia ....................................................... repet.nr ................................................................

\* niepotrzebne skreślić

**Załączniki do wniosku:**

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik**.**
2. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z Wnioskodawcą w przypadku takich osób.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu (czytelne, w języku polskim).
4. Zaświadczenie / oświadczenie o dochodach netto Wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą.
5. Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym- pełnomocnictwo lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu) w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego.
6. Aktualna opinia psychologa/pedagoga szkolnego, lekarza specjalisty z informacją w jaki sposób wnioskowany sprzęt/urządzenie wpłynie na rozwój dziecka i uzasadniająca konieczność jego zakupu oraz zawierająca opis schorzenia, w przypadku gdy wnioskodawcą jest osoba małoletnia.
7. Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.

8. Faktura pro – forma lub specyfikacja (oferta cenowa ) na zakup wnioskowanych urządzeń /sprzętu.

**Oświadczenie Wnioskodawcy o dochodach**

dla Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Trzebnicy

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Dane dotyczące Wnioskodawcy**  **(imię i nazwisko)** | **Dochód miesięczny netto** |
| 1. |  |  |
| Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego –  **wymienić TYLKO STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA z Wnioskodawcą** | | |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| **RAZEM** | |  |

**Niniejszym oświadczam że :**

1. średni miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę w mojej rodzinie wynosi ………………………zł [[1]](#footnote-1)
2. nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku nie byłam/em stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.
3. jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za podanie informacji niezgodnej z prawdą, wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez PCPR w Trzebnicy i PFRON dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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).

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

……………....……… ……………………………………..… data  **podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/**

**opiekuna prawnego/pełnomocnika**

1. **dochód** – w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 28 listopada 2003 o świadczeniach rodzinnych  
   (Dz. U. z 2017 r., poz. 1952) pomniejszony o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, zasiłek pielęgnacyjny oraz kwotę świadczonych alimentów powiększony o dochody z działalności gospodarczej, dochody z gospodarstwa rolnego oraz inne dochody nieopodatkowane wymienione w niniejszej ustawie; **przeciętny miesięczny dochód** obliczamy za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku i dzielimy przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym. [↑](#footnote-ref-1)