

..... / /
numer kolejny wniosku powiat rok założenia wniosku

Miejski Ośrodek Pomocy
Społecznej ul. Markowej 20
41-709 Ruda Śląska

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

WNIOSEK

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

Dane dotyczące Wnioskodawcy (proszę wypełnić drukowanymi literami)

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

seria nr wydany w dniu przez

nr PESEL nr NIP

miejsowość ulica nr domu nr lokalu
dokładny adres

nr kodu-..... poczta powiat

województwo nr tel./faxu (z nr kier.)

I. A. Stopień niepełnosprawności ⁽¹⁾

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.	

I. B. Rodzaj niepełnosprawności ⁽¹⁾

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

(1) wstawić X we właściwej rubryce

* niepotrzebne skreślić

II. Sytuacja zawodowa ⁽¹⁾

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

III. A. Sytuacja rodzinna – zamieszkuję ⁽¹⁾

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

III. B. Gospodarstwo domowe i sytuacja dochodowa. W skład gospodarstwa domowego wchodzi:

Imię i nazwisko – pokrewieństwo	niepełnosprawność		dochód miesięczny netto [zł]
	stopień	rodzaj	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

IV. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych ⁽¹⁾

	<i>Przedmiot dofinansowania</i>	<i>Wysokość przyznanego dofinansowania</i>	<i>Rok, w którym dofinansowanie zostało przyznane</i>
1 likwidacja barier			
a) nie korzystałam/em			
b) korzystałam/em			
- bariery architektoniczne			
- bariery techniczne			
- bariery w komunikowaniu się			
2. programy celowe PFRON ⁽²⁾			

V. Przedmiot wniosku i jego koszt:

.....

.....

.....

.....

VI. UZASADNIENIE wniosku (proszę określić występującą barierę i wykazać związek pomiędzy nią a faktem niepełnosprawności; proszę opisać w jaki sposób zakup danego urządzenia wpłynie na poprawę funkcjonowania osoby niepełnosprawnej):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(1) proszę wstawić X we właściwej rubryce

(2) proszę podać nazwę programu celowego

* niepotrzebne skreślić

VII. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania (do 95% kosztów planowanego przedsięwzięcia):

cyframi:

(słownie: zł)

Upředzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny 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.

.....
(podpis Wnioskodawcy*, przedstawiciela ustawowego*,
opiekuna prawnego*, pełnomocnika*)

Przedstawiciel ustawy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik

..... 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
dokładny adres

nr kodu-..... poczta powiat

województwo nr tel./faxu (z nr kier.)

ustanowiony opiekunem*/pełnomocnikiem*

(*postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia sygn. akt*/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dniarepet. nr*)

Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności.
2. Kopie orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób.
3. Aktualne (tzn. wystawione nie wcześniej niż 30 dni przed złożeniem wniosku) zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności.
4. Zaświadczenie*/oświadczenie* o dochodach NETTO Wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą uzyskanych w kwartale poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku.
5. Zaświadczenie kierownika Powiatowego Urzędu Pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.
6. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania
7. Specyfikacja (kosztorys) zakupu planowanego urządzenia zawierająca jego opis techniczny.
8. W przypadku wniosków dotyczących schodolazów zgoda administratora budynku na korzystanie z urządzenia na klatce schodowej.