

**WNIOSEK**  
**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚROKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB**  
**NIEPEŁNOSPRAWNYCH LIKWIDACJI BARIER TECHNICZNYCH**

**1. Dane dotyczące Wnioskodawcy (osoby niepełnosprawnej):**

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania (miejsce realizacji zadania) \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_ Telefon \* \_\_\_\_\_

Seria \_\_\_\_\_ i numer dowodu osobistego \_\_\_\_\_ data ważności \_\_\_\_\_

wydany przez \_\_\_\_\_

**2. Dane dotyczące Przedstawiciela ustawowego/ opiekuna prawnego Wnioskodawcy:**

(należy wypełnić, gdy osoba niepełnosprawna nie jest pełnoletnia lub nie ma pełnej zdolności do czynności prawnej)

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania (miejsce realizacji zadania) \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_ Telefon \* \_\_\_\_\_

Seria \_\_\_\_\_ i numer dowodu osobistego \_\_\_\_\_ data ważności \_\_\_\_\_

wydany przez \_\_\_\_\_

**3. Przedmiot dofinansowania i przewidywany koszt realizacji zadania:**

Lp.	Nazwa urządzenia	Cena brutto urządzenia 100 %	Wnioskowane dofinansowanie 95 %

w łącznej wysokości wnioskowanego dofinansowania \_\_\_\_\_ zł

(słownie: \_\_\_\_\_ zł), co stanowi 95% wartości sprzętu.

**4. Czy Wnioskodawca będzie posiadał środki z innych źródeł finansowania** TAK:  NIE: 

- jeżeli tak to proszę podać źródło finansowania: \_\_\_\_\_

**5. Cel dofinansowania** (musi zawierać informację o indywidualnym przeznaczeniu, odpowiednim przystosowaniu i niezbędności danego sprzętu w związku z istniejącą niepełnosprawnością):

---



---



---



---

**6. Informacja o kwotach przyznanych wcześniej ze środków PFRON:**

Lp.	Cel dofinansowania	Data przyznania	Nr Umowy	Stan rozliczenia

**Sprawdzenie danych zawartych w pkt. 9 z dokumentacją PCPR ( wypełnia PCPR )**

**7. Informacje o wnioskodawcy** (wstaw x w odpowiedniej rubryce):

<b>I STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:</b>		
1	znaczny stopień niepełnosprawności lub równoważne	
2	umiarkowany stopień niepełnosprawności lub równoważne	
3	lekki stopień niepełnosprawności lub równoważne	
<b>II RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:</b>		
1	Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
2	Wrodzony brak lub amputacja dłoni lub rąk lub kończyn dolnych	
3	Inna dysfunkcja narządu ruchu	
4	Dysfunkcja narządu wzroku	
5	Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6	Inne choroby (podać jakie): _____	

**8. Czy wnioskodawca:**

a) ma zaległości wobec PFRON? **TAK:**  **NIE:**

b) w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku był stroną umowy zawartej z PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie wnioskodawcy? **TAK:**  **NIE:**

**9. Oświadczam, że:**

- 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\*\*.

- mój stan zdrowia <b>pozwala</b> na samodzielne użytkowanie i obsługę wnioskowanego urządzenia	<b>tak/nie</b> ***
- mój stan zdrowia <b>nie pozwala</b> na samodzielne użytkowanie i obsługę wnioskowanego urządzenia	<b>tak/nie</b> **

- niniejsze składam świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 kodeksu karnego, który za składanie nieprawdziwych zeznań przewiduje karę pozbawienia wolności do lat 3
- jestem świadomy/a, że podanie nieprawdziwych danych we wniosku o dofinansowanie eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania
- zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić PCPR o każdej zmianie danych wskazanych we wniosku
- przyjmuję do wiadomości, iż złożenie niniejszego wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania
- nie korzystałem(łam) z dofinansowania na wnioskowany cel w innym Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie

\_\_\_\_\_  
**Czytelny podpis wnioskodawcy, rodzica  
lub opiekuna prawnego**

Czy wyraża Pani/Pan zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych zamieszczonych w niniejszym wniosku o dofinansowanie likwidacji barier technicznych w zakresie:

numer/y telefonu                       wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu

przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą przy ul. Wojska Polskiego 195A, 86-100 Świecie, w celu możliwości skontaktowania się z Panią/Panem w sprawach związanych z realizacją niniejszego wniosku i/lub naliczenia punktów w II etapie rozpatrywania wniosku?                       NIE                       TAK

**CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY, RODZICA  
LUB OPIEKUNA PRAWNEGO**

*Oświadczam, że zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną udostępnioną w siedzibie PCPR w Świeciu przy ul. Wojska Polskiego 195 A lub na stronie internetowej PCPR (<http://pcpr-swiecie.rbip.mojregion.info>) i znam przysługujące mi prawa dotyczące przetwarzania moich danych osobowych.*

**CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY, RODZICA  
LUB OPIEKUNA PRAWNEGO**

<b>Lp.</b>	<b>Załączniki do wniosku:</b>
1.	Kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych
2.	Zaświadczenie lekarskie w przypadku ubiegania się dofinansowanie roweru trójkołowego lub w przypadku osoby, która została wypisana ze szpitala i u której zakończono proces leczenia i wymaga zwiększonej opieki (na druku PCPR w Świeciu)
3.	Inne (wg potrzeb).....

\* podanie niniejszych danych jest dobrowolne; nie podanie tych danych nie wpłynie na sposób rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie (podane dane będą wykorzystane tylko w celu kontaktowania się Panią/Panem w sprawach związanych z realizacją Pani/Pana wniosku o dofinansowanie)

\*\* podanie niniejszych danych jest dobrowolne; nie podanie wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu nie spowoduje pozostawienia Pani/Pana wniosku bez rozpatrzenia, w przypadku nie podania dochodu, nie zostaną naliczone punkty w II etapie rozpatrywania wniosku (po dokonaniu oceny i kwalifikacji wniosków, do realizacji zostają przeznaczone te wnioski, które uzyskały największą ilość punktów w stosunku do ilości środków finansowych przeznaczonych na realizację zadania na dany rok);

\*\*\* właściwe zaznaczyć