

WNIOSEK „T”

o dofinansowanie likwidacji barier technicznych

1. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY:

Imię _____ Nazwisko _____ Data urodzenia _____ r.

PESEL Dowód osobisty seria _____ numer _____

wydany w dniu _____ r. przez _____ data ważności _____

MIEJSCE ZAMELDOWANIA(ADRES)

- pobyt stały

Kod pocztowy - _____
(poczta)

Miejscowość _____

Ulica _____

Nr domu _____ nr lok. _____

ADRES KORESPONDENCYJNY

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zameldowania)

Kod pocztowy - _____
(poczta)

Miejscowość _____

Ulica _____

Nr domu _____ nr lok. _____

Kontakt telefoniczny: nr telefonu _____ /e' mail (o ile dotyczy): _____

2. PROSZĘ O DOFINANSOWANIE:

LP.	Nazwa urządzenia (ewentualny montaż), usługa	Cena brutto Urządzenia- 100 %	Wnioskowane dofinansowanie- 95 %

w łącznej wysokości _____ zł

(słownie: _____ zł) co stanowi 95% ceny brutto.

3. Uzasadnienie wniosku (musi zawierać informację o indywidualnym przeznaczeniu odpowiednim przystosowaniu i niezbędności danego sprzętu w związku z istniejącą niepełnosprawnością).

4. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY :

1) Stopień niepełnosprawności i jego odpowiednik (wstawić X w odpowiedniej 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 lat 16 zaliczone do osób niepełnosprawnych	
2. Umiarkowany	
• Inwalidzi II grupy*	
• Osoby całkowicie niezdolne do pracy	
3. Lekki	
• Inwalidzi III grupy*	
• Osoby częściowo niezdolne do pracy	
• Osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym*	

2) Rodzaj niepełnosprawności

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. Dysfunkcja narządu słuchu	
6. Dysfunkcja narządu mowy	
7. Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
8. Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
9. Choroby neurologiczne	
10. Inne choroby (podać jakie): _____	

* dotyczy orzeczeń wydanych na stałe do końca 1997 r.

5. OŚWIADCZENIE O DOCHODZIE

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.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi _____

6. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z wnioskodawcą

Imię i Nazwisko	Niepełnosprawność	
	stopień	rodzaj
WNIOSKODAWCA:		
1. _____		
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – <i>poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą:</i>		
2. _____		
3. _____		
4. _____		
5. _____		
6. _____		
7. _____		
8. _____		

7. SYTUACJA ZAWODOWA

1. Zatrudniony*/prowadzący działalność gospodarczą*	
2. Uczący się w systemie szkolnym lub studiujący*	
3. Bezrobotny lub poszukujący pracy*/rencista poszukujący pracy*	
4. Niezainteresowany podjęciem pracy	
5. Dziecko	

8. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW FINANSOWYCH PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

1. Na likwidację barier technicznych : nie korzystałem / korzystałem*	
2. Czy Wnioskodawca ma zaległości wobec Funduszu	tak/nie*
2.1. Czy Wnioskodawca w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku był stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy	tak/nie*
3. Informacja o kwotach przyznanych wcześniej ze środków PFRON	
a) Bariery techniczne	
- przedmiot dofinansowania.....	**
- data otrzymania dofinansowania i nr umowy.....	**
- kwota dofinansowania (zł).....	**
- stan rozliczeniowy.....	**
b) Pozostałe dofinansowania	
- przedmiot dofinansowania.....	**
- data otrzymania dofinansowania i nr umowy.....	**
- kwota dofinansowania (zł).....	**
- stan rozliczeniowy.....	**

9. Sprawdzenie danych zawartych w pkt. 8 z dokumentacją PCPR (wypełnia PCPR)

10. Oświadczenie o samodzielnej obsłudze sprzętu przez osobę niepełnosprawną, która jest wnioskodawcą:

Oświadczam, że mój stan zdrowia pozwala na samodzielne użytkowanie i obsługę wnioskowanego urządzenia	tak/nie*
Oświadczam, że mój stan zdrowia nie pozwala na samodzielne użytkowanie i obsługę wnioskowanego urządzenia	tak/nie*

* Właściwe zaznaczyć

**Wpisać przy odpowiednim punkcie stosowne dane.

1. Uprzedzony o odpowiedzialności za podanie informacji niezgodnych z prawdą wynikającej z art. 233 § 1 i 2 KK za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
2. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Świeciu.
3. Oświadczam, że nie korzystałem(łam) z dofinansowania na wnioskowany cel w innym Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie.

Podpis wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego, opiekuna
prawnego, pełnomocnika*

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych na zasadach określonych w ustawie o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 roku (Dz. U. z 2014 roku poz. 1182 ze zm.) przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą przy ul. Wojska Polskiego 195 A, 86-100 Świecie w celu realizacji niniejszego wniosku, umowy, kontroli i rozliczenia dofinansowania.

Podpis wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego, opiekuna
prawnego, pełnomocnika*

DANE PERSONALNE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (DLA MAŁOLETNIEGO WNIOSKODAWCY), OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA:

Imię _____ Nazwisko _____ Data urodzenia _____ r.

PESEL Dowód osobisty seria _____ numer _____

wydany w dniu _____ r. przez _____ data ważności _____

MIEJSCE ZAMELDOWANIA(ADRES)

- pobyt stały

Kod pocztowy - _____
(poczta)

Miejscowość _____

Ulica _____

Nr domu _____ nr lok. _____

ADRES KORESPONDENCYJNY

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zameldowania)

Kod pocztowy - _____
(poczta)

Miejscowość _____

Ulica _____

Nr domu _____ nr lok. _____

Kontakt telefoniczny: nr telefonu/e' mail (o ile dotyczy):

ustanowiony Opiekunem*/Pełnomocnikiem*

*postanowieniem Sądu Rejonowegoz dn.sygn. akt.....

*na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza.....

z dn.repet. nr.....

Podpis wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego, opiekuna
prawnego, pełnomocnika*

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych na zasadach określonych w ustawie o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 roku (Dz. U. z 2014 roku poz. 1182 ze zm.) przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą przy ul. Wojska Polskiego 195 A, 86-100 Świecie w celu realizacji niniejszego wniosku, umowy, kontroli i rozliczenia dofinansowania.

Podpis wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego, opiekuna
prawnego, pełnomocnika*

<u>Załączniki do wniosku:</u>	<u>Dołączono do wniosku:</u> <small>(wypełnia pracownik Centrum)</small>		
	<u>TAK:</u>	<u>NIE:</u>	<u>NIE DOTYCZY:</u>
1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub równoważne			
2. Zaświadczenie lekarskie			
3. Zgoda właściciela budynku lub lokalu mieszkalnego, jeżeli taka zgoda jest wymagana.			
4. Inne (wg potrzeb) _____			

Adnotacje przyjmującego wniosek: _____