

.....  
pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

.....  
data wpływu kompletnego wniosku

.....  
nr kolejny wniosku

## **WNIOSEK**

**o dofinansowanie na likwidację barier w komunikowaniu się/ technicznych \***

**Wnioskodawca** ( w przypadku, gdy wnioskodawcą jest dziecko należy wypełnić dane dziecka)

.....nr tel./fax\*.....  
*imię i nazwisko*

seria.....nr.....wydane w dniu.....przez.....  
*dowód osobisty*

nr PESEL.....

miejsowość.....ulica.....nr domu.....nr lokalu.....  
*adres stałego zameldowania*

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

.....nr tel./fax\*.....  
*imię i nazwisko*

seria.....nr.....wydane w dniu.....przez.....  
*dowód osobisty*

nr PESEL.....nr NIP.....

miejsowość.....ulica.....nr domu.....nr lokalu.....  
*adres stałego zameldowania*

### **Oświadczenie**

Niniejszym 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 we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi.....osób.

**Punktacja**

Nazwa banku i numer rachunku bankowego wnioskodawcy.....

Przewidywany koszt realizacji zadań.....

Informacja o ewentualnym dofinansowaniu z innych źródeł, przeznaczonych na ten cel

.....  
\*niepotrzebne skreślić

## **I. Rodzaj niepełnosprawności**

1. Schorzenia narządów ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
2. Schorzenia narządów ruchu
3. Schorzenia narządów wzroku
4. Schorzenia narządów słuchu i mowy
5. Osoby z deficytami rozwojowymi (upośledzone umysłowo)
6. Pozostałe wraz ze schorzeniami sprzężonymi

**Punktacja:**

## **II. Naruszenie sprawności organizmu**

1. Czasowe (okresowe)
2. stałe (trwałe)

**Punktacja**

## **III. Stopień niepełnosprawności**

1. Znaczny stopień niepełnosprawności, zasiłek pielęgnacyjny
2. Umiarkowany stopień niepełnosprawności
3. Lekki stopień niepełnosprawności

**Punktacja**

## **IV. Sytuacja zawodowa**

1. Dzieci i młodzież do lat 18
2. Młodzież od lat 18 do 24, ucząca się, studiująca
3. Zatrudniony lub prowadzący działalność gospodarczą
4. Nie zatrudniony (emeryt, rencista)
5. Nie zainteresowany podjęciem pracy

**Punktacja**

## **V. Dotychczasowe korzystanie ze środków PFRON**

1. Na likwidację barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych
2. Nie korzystał z dofinansowania na w/w zadania
3. Korzystał na inne cele ustawowe i rozliczył się
4. Korzystał na inne cele ustawowe i jest w trakcie rozliczania

**Punktacja**

**VI. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z wnioskodawcą (zaznaczyć inne osoby niepełnosprawne)**

Imię i Nazwisko	Niepełnospraw. tak/nie	Wiek	Pokrewieństwo	Z jakiego tytułu dochód
<u>1.</u>				
<u>2.</u>				
<u>3.</u>				
<u>4.</u>				
<u>5.</u>				

**VII. Cel likwidacji barier (proszę uzasadnić konieczność zakupu sprzętu):**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dane zawarte we wniosku składam z pełną odpowiedzialnością wobec prawa i jednocześnie zobowiązuję się do poinformowania o zmianach zaistniałych po złożeniu ankiety i wniosku. Oświadczam, że w przeszłości korzystając ze środków PFRON nie naruszyłem (łam) zawartych z PFRON umów.

.....  
data i podpis

**Załączniki do wniosku:**

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik oraz zaświadczenie lekarskie określające rodzaj i zakres niepełnosprawności ruchowej.
2. Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.
3. Kopia decyzji o przyznaniu świadczeń pomocy społecznej, jeśli takie występują.
4. Faktura proforma, kosztorys sprzętu.

**Adnotacja przyjmującego wniosek (wypełnia PCPR)**

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

**Ocena zasadności wniosku (wypełnia PCPR)**

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

.....  
data i podpis pracownika PCPR

**Decyzja PCPR o przyznaniu dofinansowania (wypełnia PCPR)**

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

.....  
data i podpis pracownika PCPR