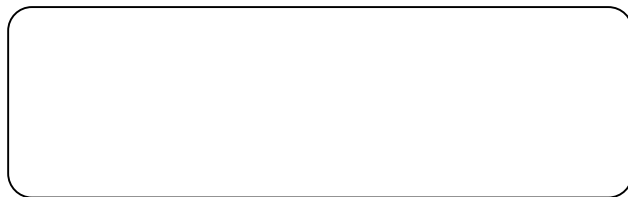


...../...../.....
numer kolejny wniosku powiat rok złożenia wniosku

.....
data wpływu wniosku



W N I O S E K

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych

Dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu i technicznych nie przysługuje osobom niepełnosprawnym, które w ciągu trzech kolejnych lat przed złożeniem wniosku uzyskały odpowiednio na ten cel dofinansowanie ze środków PFRON.

I. Dane dotyczące Wnioskodawcy (proszę wypełnić drukowanymi literami)

..... syn/córka
imię i nazwisko imię ojca

seria nr wydany w dniu przez
dowód osobisty

nr PESEL nr NIP

miejscowość ulica nr domu..... nr lokalu.....
dokładny adres miejsca zamieszkania

nr kodu poczta powiat

nr tel./faxu (z nr kier.) stacjonarnego..... komórkowego

II. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekuna prawnego lub pełnomocnika*

..... syn/córka
imię i nazwisko imię ojca

seria nr wydany w dniu przez
dowód osobisty

nr PESEL nr NIP

miejscowość ulica nr domu..... nr lokalu.....
dokładny adres miejsca zamieszkania

nr kodu poczta powiat

nr tel./faxu (z nr kier.) stacjonarnego..... komórkowego

ustanowiony opiekunem*/pełnomocnikiem*.....
(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. sygn. Akt*/ na mocy
pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza
z dn. repet. Nr).

III.A. 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 (orzeczenie wydane przed 01.01.1998r.);	
2.	Osoby niepełnosprawne w wieku do 16 lat;	
3.	umiarkowany: Inwalidzi II grupy, osoby całkowicie niezdolne do pracy;	
4.	lekki: Inwalidzi III grupy, osoby częściowo niezdolne do pracy, osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym;	

Posiadane przez Wnioskodawcę orzeczenie

.....
proszę wpisać rodzaj posiadanego orzeczenia i przez jaki organ wydane

wydane na stałe*/ na czas określony do

III.B. Posiadane przez Wnioskodawcę schorzenie utrudniające komunikowanie się z otoczeniem lub wykonywanie codziennych podstawowych czynności wynikające z orzeczenia o niepełnosprawności lub udokumentowane aktualnym zaświadczeniem lekarskim – wydanym nie wcześniej niż 1 miesiąc przed datą złożenia niniejszego wniosku przez lekarza specjalistę (wstawić „X” we właściwej rubryce)

1.	dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się przy pomocy wózka inwalidzkiego	
2.	inna dysfunkcja narządu ruchu	
3.	dysfunkcja narządu wzroku	
4.	dysfunkcja narządu słuchu i mowy	
5.	upośledzenie psychiczne lub umysłowe	
6.	Inne (wymienić jakie)	

III.C. Sytuacja zawodowa

1.	zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą*	
2.	osoba w wieku od 18 do 24 lat, 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 18 lat*	

III.D. Sytuacja rodzinna – Wnioskodawca zamieszkuje:

1.	samotnie	
2.	z rodziną	
3.	z osobami nie spokrewnionymi – prowadzi wspólne*/odrębne gospodarstwo domowe	

III.E. Osoby pozostające z Wnioskodawcą we wspólnym gospodarstwie domowym:

	Imię i nazwisko	Wiek	Pokrewieństwo	Średni m-czny dochód
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

III.F. Stopień i rodzaj niepełnosprawności Osób zamieszkujących wspólnie z Wnioskodawcą (wstawić oznaczenia cyfrowe z tabeli III.A, III.B i III.C.)

	Imię i nazwisko	Wiek	Pokrewieństwo	Stopień niepełn.	Rodzaj niepełn.	Sytuacja zawodowa
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych (wyjaśnienie na odwrocie), pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowych i chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, **obliczony za rok podatkowy poprzedzający rok, w którym składany jest wniosek wynosi:**
 zł.

Liczba członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:
 osób.

Dochód na osobę w rodzinie wynosi: zł.

IV. Informacja o kwotach przyznanych dotychczas ze środków PFRON:

1) Nr umowy
 Cel dofinansowania

Data przyznania dofinansowania
 Stan rozliczenia

2) Nr umowy
 Cel dofinansowania

Data przyznania dofinansowania
 Stan rozliczenia

3) Nr umowy
 Cel dofinansowania

Data przyznania dofinansowania
 Stan rozliczenia

VI. A. Wykaz planowanych zakupów - cel likwidacji barier (szczegółowy opis i uzasadnienie) - orientacyjny koszt

(w kolejności od najważniejszych dla Wnioskodawcy)

1.

2.

 3.

 4.

 5.

VI. B. Termin rozpoczęcia przedsięwzięcia

VI. C. Czas realizacji przedsięwzięcia

VII. Kosztorys przedsięwzięcia - zestawienie planowanych wydatków

Przewidywany koszt ogólny przedsięwzięcia:

Posiadane środki własne przeznaczone na realizację zadania:

Inne źródła finansowania ogółem: z tego:

a)

b)

Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków Funduszu zł

(słownie:)

Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 §1,2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na udostępnienie na wniosek Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Białymstoku dokumentów potwierdzających dane przedstawione w niniejszym wniosku, ewentualnie innych dokumentów niezbędnych do rozpatrzenia niniejszego wniosku.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na korzystanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Białymstoku z danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

.....
 data (czytelny podpis Wnioskodawcy, przedstawiciela
 ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika)

* *niewłaściwe skreślić*

VIII. ZAŁĄCZNIKI (DOKUMENTY) WYMAGANE DO WNIOSKU

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak/nie	Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		<i>(wypełnia pracownik PCPR)</i>	
Kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz. 776 z późniejszymi zmianami).			
Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób.			
Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności, jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu.			
Informacja o innych źródłach finansowania			
Oferta cenowa na zakup sprzętu, którego dotyczy wniosek			
inne dokumenty			
a)			
b)			
c)			

A. Adnotacje przyjmującego wniosek

I. Opinia merytoryczna dotycząca zasadności i kosztów likwidacji barier:

.....

.....
 (data i podpis)

II. Decyzja o przyznaniu dofinansowania

.....

.....
 (data i podpis)