



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

pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

W N I O S E K

o dofinansowanie zakupu urządzeń (wraz z montażem*) lub wykonania usług* z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Wnioskodawca (w przypadku dziecka, proszę wpisać dane dziecka)

.....syn/córka*
imię (imiona) i nazwisko imię ojca
numer wydany w dniu przez
dowód osobisty
nr PESEL
miejscowość ulica nr domu nr lokalu
adres stałego zamieszkania
nr kodu poczta powiat
województwo nr tel./faxu (z nr kier.)

Proszę o dofinansowanie
należy podać nazwę urządzenia (ewentualny montaż), rodzaj usługi

w wysokości zł.(słownie złotych :
.....), co stanowi % kosztów przedsięwzięcia
(maksymalnie 95% wartości wnioskowanego urządzenia), pomniejszonych o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł.

Przewidywany koszt całkowity realizowanego zadania.....zł (słownie złotych:.....

.....).

Ubiegając się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków kwoty, stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia (wraz z montażem*/ kosztem wykonania usługi*), pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł, a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

Krótkie uzasadnienie (cel) składanego wniosku

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

- niepotrzebne skreślić

Informacje o wnioskodawcy

I. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik⁽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, wydane przed 01.01.1998r. na stałe	
• osoby w wieku do 16 lat, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
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, wydane przed 01.01.1998r. na stałe	

II. 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 narządu słuchu	
5. dysfunkcja narządu mowy	
6. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
7. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

III. Sytuacja zawodowa⁽¹⁾

1. zatrudniony* / prowadzący działalność gospodarczą*	
2. młódzież ucząca się w wieku od lat 18 do 24	
3. bezrobotny rencista*/ emeryt* poszukujący pracy	
4. bezrobotny rencista* / emeryt* niezainteresowany podjęciem pracy	
5. dzieci i młódzież do lat 18	

IV. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą (w tym osoby niepełnosprawne)

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą	Wiek	Niepełnosprawność		Dochód miesięczny netto [zł] za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku
				Stopień ⁽²⁾	Rodzaj ⁽³⁾	
1.		Wnioskodawca				
2.	Nie należy wpisywać imion i nazwisk osób, z którymi prowadzi się wspólne gospodarstwo domowe.					
3.						
4.						
5.						
6.		Należy podać tylko ich wiek, stopień pokrewieństwa, niepełnosprawność i dochód miesięczny.				
7.						

(1) proszę wstawić znak X we właściwej rubryce

(2) proszę wstawić właściwe oznaczenie cyfrowe z tabeli I

(3) proszę wstawić właściwe oznaczenie cyfrowe z tabeli II

- *niepotrzebne skreślić* -2-

V. Średni miesięczny dochód netto (za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku) na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym Wnioskodawcy⁽¹⁾

1. 201,00 – 300,00 zł	
2. 301,00 – 400,00 zł	
3. 401,00 – 500,00 zł	
4. 501,00 – 600,00 zł	
5. 601,00 – 700,00 zł	
6. 701,00 – 800,00 zł	
7. powyżej 800,00 zł	

VI. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON przez Wnioskodawcę

Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia
Razem:	<u>.....</u>	Razem kwota do rozliczenia:		<u>.....</u>

VII. Informacje (udokumentowane) o ewentualnym dofinansowaniu do likwidacji barier z innych źródeł

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

VIII. Deklarowany udział własny Wnioskodawcy w likwidowaniu barier w komunikowaniu się i technicznych

Kwota udziału własnego zł (słownie złotych:
..... zł), co stanowi % całkowitego kosztu.

IX. Dotychczasowa wartość poniesionych nakładów przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowego źródła finansowania

X. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

.....

XI. W przypadku przyznania kwoty dofinansowania, proszę o przekazanie jej

.....
.....

(nazwa i numer rachunku bankowego)

Upředzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks Karny (tj.Dz. U. z 2018r. poz.1600 ze zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz.U. z 2018 r. poz. 1000)

Oświadczam, że nie mam zaległości w terminowym regulowaniu wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz nie byłem(łam) stroną umowy zawartej z Funduszem, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

.....
(data)

.....
(podpis Wnioskodawcy* / Przedstawiciela ustawowego* /
Opiekuna prawnego*/Pełnomocnika*)

(1) proszę wstawić X we właściwej rubryce * niepotrzebne skreślić

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

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

numer wydany w dniu przez
dowód osobisty

nr PESEL nr NIP

miejsowość ulica nr domu nr lokalu
adres stałego zamieszkania

nr kodu - poczta powiat

województwo nr tel. / faxu (nr z kier.)

ustanowiony Opiekunem*/ Pełnomocnikiem*

postanowieniem Sądu Rejonowego* z dnia Sygn. Akt

na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*

z dnia repet. Nr

(1) proszę wstawić znak X we właściwej rubryce

* niepotrzebne skreślić

Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu)
2. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą (w przypadku zamieszkiwania takich osób).
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności (druk w załączeniu).
4. Zaświadczenie o dochodach Wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą.
5. Zgoda właściciela budynku lub lokalu mieszkalnego, jeżeli taka zgoda jest wymagana.

OŚWIADCZENIE
Wnioskodawcy o dochodach

Dla Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie we Włodawie

Ja niżej podpisany(a)..... zamieszkały(a)
(imię i nazwisko)

.....
(kod, miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania)

oświadczam, że średni miesięczny dochód*(za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku) na jedną osobę w mojej rodzinie wynosi

..... (słownie złotych
.....)
(należy podzielić łączny dochód przez liczbę osób w rodzinie)

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
miejscowość

.....
data
lub opiekuna prawnego

.....
podpis wnioskodawcy

** **dochód**, w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach rodzinnych po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób stanowi: a) przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach ogólnych na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych, pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne, b) deklarowany w oświadczeniu dochód z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiągniętych przez osoby fizyczne, pomniejszony o należny zryczałtowany podatek dochodowy i składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne, c) inne dochody niepodlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych.*

Przez inne dochody niepodlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych rozumiemy:

- renty określone w przepisach o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin,
- renty wypłacone osobom represjonowanym i członkom ich rodzin, przyznane na zasadach określonych w przepisach o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin,
- świadczenia pieniężne oraz ryczałt energetyczny określone w przepisach o świadczeniu pieniężnym i uprawnieniach przysługujących żołnierzom zastępczej służby wojskowej przymusowo zatrudnionym w kopalniach węgla, kamieniołomach, zakładach rud uranu i batalionach budowlanych,
- dodatek kombatancki, ryczałt energetyczny i dodatek kompensacyjny określone w przepisach o kombatanach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego,
- świadczenie pieniężne określone w przepisach o świadczeniu pieniężnym przysługującym osobom deportowanym do pracy przymusowej oraz osadzonym w obozach pracy przez III Rzeszę Niemiecką lub Związek Socjalistycznych Republik Radzieckich,
- emerytury i renty otrzymywane przez osoby, które utraciły wzrok w wyniku działań wojennych w latach 1939-1945 lub eksplozji pozostałych po tej wojnie niewypałów o niewybuchów,
- renty inwalidzkie z tytułu inwalidztwa wojennego, kwoty zaopatrzenia otrzymywane przez ofiary wojny oraz członków ich rodzin, renty wypadkowe osób, których inwalidztwo powstało w związku z przymusowym pobytem na robotach w III Rzeszy Niemieckiej w latach 1939-1945, otrzymywane z zagranicy,
- zasiłki chorobowe określone w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników oraz w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych,
- środki bezzwrotnej pomocy zagranicznej otrzymywane od rządów państw obcych, organizacji międzynarodowych lub międzynarodowych instytucji finansowych, pochodzące ze środków bezzwrotnej pomocy przyznanych na podstawie jednostronnej deklaracji lub umów zawartych z tymi państwami, organizacjami lub instytucjami przez Radę Ministrów, właściwego ministra lub agencje rządowe, w tym również w przypadkach gdy przekazanie tych środków jest dokonywane za pośrednictwem podmiotu upoważnionego do rozdzielania środków bezzwrotnej pomocy zagranicznej na rzecz podmiotów, którym służyć ma ta pomoc,
- należności ze stosunku pracy lub z tytułu stypendium osób fizycznych mających miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, przebywających czasowo za granicą - w wysokości odpowiadającej równowartości diet z tytułu podróży służbowej poza granicami kraju ustalonych dla pracowników zatrudnionych w państwowych lub samorządowych jednostkach sfery budżetowej na podstawie ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (tj. Dz.U. z 2018r. poz. 917 ze zm.),
- należności pieniężne wypłacone policjantom, żołnierzom, celnikom i pracownikom jednostek wojskowych i jednostek policyjnych użytych poza granicami państwa w celu udziału w konflikcie zbrojnym lub wzmocnienia sił państwa albo państw sojuszników, misji pokojowej, akcji zapobieżenia aktom terroryzmu lub ich skutkom, a także należności pieniężne wypłacone żołnierzom, policjantom, celnikom i pracownikom pełniącym funkcje obserwatorów w misjach pokojowych organizacji międzynarodowych i sił wielonarodowych,
- należności pieniężne ze stosunku służbowego otrzymywane w czasie służby kandydackiej przez funkcjonariuszy Policji, Państwowej Straży Pożarnej, Straży Granicznej i Biura Ochrony Rządu, obliczone za okres, w którym osoby te uzyskały dochód,
- wynagrodzenie członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych z tytułu użytkowania przez spółdzielnię wniesionych wkładów gruntowych,
- alimenty na rzecz dzieci,
- stypendia określone w przepisach o systemie oświaty, o szkolnictwie wyższym oraz w przepisach o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki,
- kwoty diet nieopodatkowane podatkiem dochodowym od osób fizycznych, otrzymywane przez osoby wykonujące czynności związane z pełnieniem obowiązków społecznych i obywatelskich,
- należności pieniężne otrzymywane z tytułu wynajmu pokoi gościnnych w budynkach mieszkalnych położonych na terenach wiejskich w gospodarstwie rolnym osobom przebywającym na wypoczynku oraz uzyskane z tytułu wyżywienia tych osób,
- dodatki za tajne nauczanie określone w ustawie z dnia 26.01.1982 r.-Karta Nauczyciela (tj. Dz.U. 2018r. poz. 967 ze zm.),
- dochody uzyskane z działalności gospodarczej prowadzonej na podstawie zezwolenia na terenie specjalnej strefy ekonomicznej określonej w przepisach o specjalnych strefach ekonomicznych,
- ekwiwalenty pieniężne za deputaty węglowe określone w przepisach o komercjalizacji, restrukturyzacji i prywatyzacji przedsiębiorstwa państwowego „Polskie Koleje Państwowe”,
- ekwiwalenty z tytułu prawa do bezpłatnego węgla określone w przepisach o restrukturyzacji górnictwa węgla kamiennego w latach 2003-2006,
- świadczenia określone w przepisach o wykonywaniu mandatu posła i senatora,
- dochody uzyskane z gospodarstwa rolnego.

Zaświadczenie lekarskie*

Proszę wypełnić czytelnie w języku polskim.

Imię i Nazwisko

Nr PESEL

Adres zamieszkania

Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

.....

Niepełnosprawność dotyczy narządu / układu

SPRAWNOŚĆ (odpowiednie zaznaczyć):

GÓRNYCH KOŃCZYN:

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowicie niesprawne

KOŃCZYN DOLNYCH:

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowicie niesprawne

OSOBA PORUSZA SIĘ:

- samodzielnie
- z częściową pomocą
- wyłącznie z pomocą
- na wózku inwalidzkim
- jest osobą leżącą

ZAOPATRZENIE W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE:

1 oprotezowanie / zaaparatowanie kończyn górnych (jednostronne, obustronne)

2. oprotezowanie / zaaparatowanie kończyn dolnych (jednostronne, obustronne)

wózek inwalidzki kule łokciowe inne (jakie)

Informacje uzupełniające (rokowania):

.....

.....

.....

.....

data

.....

pieczęć i podpis lekarza

* dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie we Włodawie; ważne jeden miesiąc od daty wystawienia.