



pieczęć wpływu wniosku

.....  
data wpływu kompletnego wniosku - wypełnia PCPR

**PCPR. 533. .1.** .....  
Nr wniosku - wypełnia PCPR

**W N I O S E K**  
**o dofinansowanie ze środków**  
**Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**  
**likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych w związku z indywidualnymi**  
**potrzebami osoby niepełnosprawnej**

likwidacja barier w komunikowaniu się  \*

likwidacja barier technicznych  \*

\* właściwe zakreślić X

**Część A: Dane Wnioskodawcy**

**1. Dane osoby niepełnosprawnej dorosłej lub niepełnosprawnego dziecka**

|   |  |
|---|--|
| .....dziecko/dorosły*                                     |  |
| <b>imię i nazwisko Wnioskodawcy</b> * podkreślić właściwe |  |
| <b>PESEL</b>  | .....<br>(ulica/nr domu/nr lokalu/miejscowość) |
| <b>nr telefonu</b>  | .....<br>(kod pocztowy/poczta)                 |
| <b>adres zamieszkania Wnioskodawcy</b>                    |  |

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

|  |  |
|--|--|
| .....  |  |
| <b>imię i nazwisko przedstawiciela Wnioskodawcy – pokrewieństwo z Wnioskodawcą</b> |  |
| <b>PESEL</b>   | .....<br>(ulica/nr domu/nr lokalu/miejscowość) |
| <b>nr telefonu</b>   | .....<br>(kod pocztowy/poczta)                 |
| <b>adres zamieszkania przedstawiciela Wnioskodawcy</b>                             |  |

| <b>3. Stopień niepełnosprawności Wnioskodawcy<br/>(we właściwej rubryce wpisać TAK)</b> |  | <b>Ważność orzeczenia:<br/>do dnia .../ na stałe</b> |
|---|--|--|
| 1   | Znaczny stopień niepełnosprawności / lub równoważny              |  |
| 2   | Umiarkowany stopień niepełnosprawności / lub równoważny          |  |
| 3   | Lekki stopień niepełnosprawności / lub równoważny                |  |
| 4   | Osoby do 16 roku życia, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny |  |

| <b>4. Rodzaj ograniczenia sprawności Wnioskodawcy<br/>(we właściwej rubryce wpisać TAK)</b> |   |  |
|---|---|--|
| 1   | dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim *<br>lub wrodzony brak * albo amputacja dłoni, rąk lub nóg * |  |
| 2   | inna dysfunkcja narządu ruchu   |  |
| 3   | dysfunkcja narządu wzroku   |  |
| 4   | deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)   |  |
| 5   | dysfunkcja narządów słuchu i mowy   |  |
| 6   | niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia  |  |
| 7   | inna dysfunkcja, jaka? _____  |  |

| <b>5. Sytuacja zawodowa Wnioskodawcy<br/>(we właściwej rubryce wpisać TAK)</b> |  |  |
|--|--|--|
| 1  | zatrudniony*/prowadzący działalność gospodarczą*                             |  |
| 2  | osoba w wieku od lat 18 do 24, 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 lat 18  |  |
| 6  | inna, jaka? _____  |  |

| <b>6. Sytuacja rodzinna Wnioskodawcy<br/>(we właściwej rubryce wpisać TAK)</b> |   |  |
|--|---|--|
| 1  | Osoba mieszkająca samotnie  |  |
| 2  | Osoba zamieszkująca wyłącznie z niepełnosprawnym małżonkiem lub opiekunem lub niepełnosprawnymi członkami rodziny |  |
| 3  | Osoba zamieszkująca z pełnosprawnymi i niepełnosprawnymi członkami rodziny  |  |
| 4  | Osoba zamieszkująca tylko z pełnosprawnymi członkami rodziny  |  |

\* właściwe podkreślić

**7. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym**

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** wynosi: \_\_\_\_\_ zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym (wliczając Wnioskodawcę): \_\_\_\_\_.

**8. Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON: tak \* nie \* \*właściwe zakreślić X**

| Cel<br>(nazwa zadania ustawowego oraz /lub nazwa programu, w ramach którego przyznana została pomoc) | Numer zawartej umowy | Data zawarcia umowy | Kwota przyznana | Stan rozliczenia<br>(* podkreślić właściwe)  |
|--|----------------------|---------------------|-----------------|--|
|  |                      |                     |                 | rozliczyłem(am) się *<br>jestem w trakcie rozliczania *<br>nie rozliczyłem(am) się * |
|  |                      |                     |                 | rozliczyłem(am) się *<br>jestem w trakcie rozliczania *<br>nie rozliczyłem(am) się * |
|  |                      |                     |                 | rozliczyłem(am) się *<br>jestem w trakcie rozliczania *<br>nie rozliczyłem(am) się * |
|  |                      |                     |                 | rozliczyłem(am) się *<br>jestem w trakcie rozliczania *<br>nie rozliczyłem(am) się * |

**9. Przedmiot dofinansowania**.....

.....

**10. Cel dofinansowania** (uzasadnienie składanego wniosku).....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**11. Miejsce realizacji zadania** (adres, gdzie będzie używany przedmiot dofinansowania)

.....

| 12. Przewidywany koszt realizacji zadania | Kwota wnioskowanego dofinansowania do 95% |
|---|---|
| _____ zł.                                 | _____ zł                                  |

**13. Informacje o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania**

.....

.....

**14. Informacje o innych źródłach finansowania zadania**

.....

**15. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania**

1. Termin rozpoczęcia realizacji zadania -

2. Przewidywany czas realizacji zadania -

**16. Określenie sposobu przekazania dofinansowania - Nazwa banku i numer rachunku bankowego**

.....

**17. Oświadczenia Wnioskodawcy**

- 1) Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON i w ciągu trzech lat od daty złożenia niniejszego wniosku nie byłam/em stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
- 2) Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie uzyskałem/am dofinansowania ze środków PFRON na likwidację barier objętych niniejszym wnioskiem.
- 3) Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych/mojego dziecka/podopiecznego przez administratora danych - Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Mieście Lubawskim, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych gromadzonych w systemie informatycznym/nieinformatycznym w celu realizacji niniejszego wniosku, które przekazuję dobrowolnie zastrzegając prawo dostępu, sprawdzania i poprawiania.
- 4) Pouczony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego za składanie fałszywych zeznań, oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

**Art. 233 § 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.**

**§ 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.**

**Oświadczam, że o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Mieście Lubawskim w ciągu 14 dni.**

.....  
miejsowość, data

.....  
czytelny podpis Wnioskodawcy lub przedstawiciela ustawowego  
Wnioskodawcy, opiekuna prawnego lub pełnomocnika

**Załączniki do wniosku:**

- 1) kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia– **oryginał do wglądu**
- 2) zaświadczenie od lekarza specjalisty właściwego dla dysfunkcji wskazujące na potrzebę wynikającą z niepełnosprawności zakupu wnioskowanego urządzenia/sprzętu, które umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem - w wymaganych przypadkach
- 3) informacja ze szkoły od wychowawcy (nauczyciela), logopedy, lub opinia z poradni psychologiczno-pedagogicznej dotycząca indywidualnych problemów i potrzeb osoby niepełnosprawnej - w wymaganych przypadkach
- 4) zaświadczenie ze szkoły o kontynuowaniu nauki – w wymaganych przypadkach
- 5) oferta ze sklepu o koszcie przedmiotu dofinansowania
- 6) udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania
- 7) kopia pełnomocnictwa lub innego dokumentu dającego podstawę prawną do reprezentacji Wnioskodawcy - **oryginał do wglądu**

**Uwaga: dofinansowanie nie obejmuje kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON**

---

**Część B: Wypełnia Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie****1. Ocena merytoryczna**

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

.....  
data, pieczętka i podpis pracownika PCPR

**2. Decyzja Dyrektora PCPR**

Wniosek rozpatrzono pozytywnie / negatywnie\* i przyznano / nie przyznano\* środki finansowe PFRON  
w wysokości \_\_\_\_\_ zł, słownie \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

w ramach dofinansowania likwidacji barier w komunikowaniu się / technicznych.\*

.....  
data, pieczętka i podpis Dyrektora PCPR

**Podstawa prawna:**

- 1) ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
- 2) rozporządzenie z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

\* **niepotrzebne skreślić**

.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

.....  
data

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Mieście Lubawskim  
- dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

#### **likwidacji barier w komunikowaniu się w związku z indywidualnymi potrzebami osoby niepełnosprawnej**

1. **Imię i nazwisko pacjenta:** .....

Adres zamieszkania: .....

PESEL: .....

2. **Rozpoznanie chorobowe:** .....

.....

.....

.....

3. **Czy wyżej wymieniona osoba ma trudności w komunikowaniu się i przekazywaniem informacji w związku z istniejącą niepełnosprawnością?**

**TAK\***

**NIE\***

4. **Trudności te mogą zostać zlikwidowane/ograniczone poprzez korzystanie przez ww. osobę niepełnosprawną z następującego urządzenia/sprzętu:** (proszę podać nazwę zalecanego urządzenia/sprzętu)

.....

.....

.....

.....  
pieczęćka i podpis lekarza specjalisty  
wystawiającego zaświadczenie

\* właściwe zakreślić X