

...../...../.....  
powiat rok złożenia nr wniosku

program likwidacji barier 20.....,

/wypełnia pracownik PCPR/

.....  
data wpływu

**WNIOSEK**  
**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób**  
**Niepełnosprawnych zakupu urządzeń (montażu) lub wykonanie usług z zakresu**  
**likwidacji barier w komunikowaniu się w związku z indywidualnymi potrzebami**  
**osoby niepełnosprawnej**

**Wnioskodawca /osoba niepełnosprawna/**

.....syn/córka\*.....  
imię i nazwisko imiona rodziców wnioskodawcy

seria i nr dowodu .....wydany w dniu..... przez.....

..... nr PESEL.....

miejsowość..... ulica.....nr.....  
/aktualny adres zameldowania/

nr  
kodu.....poczta.....powiat.....

województwo.....nr telefonu.....

konto bankowe  
.....  
.....

Proszą o dofinansowanie .....  
podać nazwę urządzeń/lub usługi

w łącznej wysokości.....(słownie.....)

co stanowi .....% ceny brutto, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł.

/dofinansowanie do 95% wartości/

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuje się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzeń wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł, a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotę dofinansowania.

**Uzasadnienie składanego wniosku** .....

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

## I. Niepełnosprawność – stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik zgodnie z orzeczeniem <sup>(1)</sup> \* niepotrzebne skreślić

<sup>(1)</sup>proszę wstawić znak x we właściwej rubryce lub właściwie zaznaczyć

|  |  |
|--|--|
| pierwsza grupa (znaczny stopień niepełnosprawności)      |  |
| druga grupa (umiarkowany stopień niepełnosprawności)     |  |
| trzecia grupa (lekki stopień niepełnosprawności)         |  |
| dziecko do 16 roku życia z orzeczoną niepełnosprawnością |  |

## II. Rodzaje niepełnosprawności <sup>(1)</sup>

\* niepotrzebne skreślić

<sup>(1)</sup>proszę wstawić znak x we właściwej rubryce lub właściwie zaznaczyć

|  |  |
|--|--|
| dysfunkcja narządu ruchu z możliwością samodzielnego poruszania się na wózku inwalidzkim             |  |
| dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim przy pomocy innych osób |  |
| osoby z dysfunkcją narządu ruchu poruszające się przy pomocy kul, balkonika                          |  |
| osoby z dysfunkcją narządu ruchu leżące bez możliwości poruszania się,                               |  |
| dysfunkcja narządu ruchu, osoby poruszające się samodzielnie bez pomocy osób trzecich i przyrządów   |  |
| dysfunkcja narządu wzroku  |  |
| dysfunkcja narządu słuchu lub mowy   |  |
| deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe) inne psychiczne  |  |
| pozostałe wraz ze schorzeniami sprzężonymi   |  |

## III. Sytuacja zawodowa wnioskodawcy <sup>(1)</sup>

\* niepotrzebne skreślić

<sup>(1)</sup>proszę wstawić znak x we właściwej rubryce lub właściwie zaznaczyć

|  |  |
|--|--|
| czynny zawodowo lub prowadzący działalność gospodarczą               |  |
| młodzież powyżej 18 lat ucząca się lub studiująca                    |  |
| nie zatrudniony poszukujący pracy/ bezrobotny (rencista)             |  |
| dzieci i młodzież do 18 lat  |  |
| nie zatrudniony nie zainteresowany podjęciem pracy (rencista/emeryt) |  |

## IV. Zamieszkiwanie – wnioskodawca zamieszkuje <sup>(1)</sup>

\* niepotrzebne skreślić

<sup>(1)</sup>proszę wstawić znak x we właściwej rubryce lub właściwie zaznaczyć

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| samotnie                          |  |
| z rodziną                         |  |
| w tym z osobami niepełnosprawnymi |  |

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| z osobami niespokrewnionymi       |  |
| w tym z osobami niepełnosprawnymi |  |

## V. Wnioskodawca i osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą \*\*

| Lp. | Osoba: Imię i Nazwisko | Pokrewieństwo | Dochód netto |
|-----|------------------------|---------------|--------------|
| 1.  |                        | WNIOSKODAWCA  |              |
| 2.  |                        |               |              |
| 3.  |                        |               |              |
| 4.  |                        |               |              |
| 5.  |                        |               |              |

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 .....

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi .....

**\*\*Do najbliższej rodziny pozostającej we wspólnym gospodarstwie domowym, zalicza się obok Wnioskodawcy:**

- dzieci/rodziców Wnioskodawcy
- współmałżonka Wnioskodawcy
- wnioskodawca pozostający w związku małżeńskim lub samotnie i zamieszkujący razem ze swoim rodzicami/dziećmi w przypadku prowadzenia wspólnego gospodarstwa domowego/ inne w przypadku prowadzenia wspólnego gospodarstwa domowego.

## VI. Dotychczasowe korzystanie ze środków funduszu PFRON <sup>(1)</sup>

\* niepotrzebne skreślić

<sup>(1)</sup>proszę wstawić znak x we właściwej rubryce lub właściwie zaznaczyć

|   |  |
|---|--|
| Nie korzystanie z dofinansowania ze środków PFRON                     |  |
| korzystanie – likwidacja barier architektonicznych (podać rok) .....  |  |
| korzystanie – likwidacja barier technicznych (podać rok) .....        |  |
| korzystanie – likwidacja barier w komunikowaniu się (podać rok) ..... |  |
| korzystanie na inne cele ustawowe (podać rok) .....                   |  |

## VII. Informacje o ewentualnym dofinansowaniu z innych źródeł, przeznaczonych na ten cel.....

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam pod odpowiedzialnością karną przewidzianą w art. 233 §1 i §2 Kodeksu Karnego (Dz. U. z 97r., Nr 88, poz. 553) za zeznanie nieprawdy lub zatajeniu prawdy).

Wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych PCPR w Bielsku-Białej w celu realizacji procedury dofinansowania likwidacji barier w komunikowaniu się – ustawa o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 i Nr 153, poz.1271).

.....

(podpis Wnioskodawcy/Przedstawiciela ustawowego/Opiekuna/Pełnomocnika

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

.....syn/córka\*.....  
IMIĘ I NAZWISKO ..... IMIONA RODZICÓW .....

seria i nr dowodu osobistego .....wydany w dniu.....

przez..... PESEL.....

miejsowość..... ulica..... nr.....  
/aktualny adres zameldowania/

nr  
kodu.....pocztą.....powiat.....

województwo..... telefon.....

ustanowiony Opiekunem/Pełnomocnikiem .....

postanowienie Sądu Rejonowego .....z dn. ....sygn. akt.....

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

z dn. ....repet. nr.....

### ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik.
2. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub jego odpowiednik osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą w przypadku takich osób.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności – oddzielny załącznik do wniosku, w załączeniu
4. Zgoda właściciela budynku lub lokalu, na montaż wnioskowanego urządzenia jeśli zgoda jest wymagana.
5. Oferta cenowa wnioskowanego urządzenia lub wykonanie usług z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się w związku z indywidualnymi potrzebami osoby niepełnosprawnej lub rachunek proforma powyższego (w przypadku zestawu komputerowego oferta winna zawierać licencjonowany program operacyjny)
6. Opinia lub inny dokument ze szkoły (dzieci i młodzież ucząca się) o konieczności korzystania ze sprzętu (zestawy komputerowe)
7. Inne jeżeli będą potrzebne do weryfikacji wniosku i podjęcia decyzji w sprawie dofinansowania.

#### Uwaga!

Prosimy o staranne i czytelne wypełnienie wniosku. Obejmuje on zestaw zagadnień, których znajomość jest niezbędna do przeprowadzenia kompleksowej oceny wniosku i podjęcia właściwej decyzji. Proszę o wypełnienie wszystkie rubryki ewentualnie wpisać „Nie dotyczy” lub wstawić kreskę /-/. W przypadku gdy w formularzu Wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr 1,2 .....” czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryki formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza. Sam fakt złożenia wniosku nie gwarantuje otrzymania dofinansowania ze środków PFRON. Od negatywnego rozpatrzenia wniosku nie przysługuje odwołanie

**Adnotacje przyjmującego wniosek:** .....

.....

data i podpis

**Administratorem danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie, z siedzibą w Bielsku-Białej przy ul. Piastowskiej 40. Podane dane osobowe są przetwarzane zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych w celach dofinansowania ze środków PFRON. Osoba, której dane dotyczą ma prawo do dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.**

Załącznik do formularza wniosku zakupu urządzeń (montażu) lub wykonanie usług z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się w związku z indywidualnymi potrzebami osoby niepełnosprawnej

.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

.....

Data urodzenia (PESEL) .....

1. Rodzaj niepełnosprawności lub dysfunkcji (niepełnosprawność wnioskodawcy dotyczy)\*

|  |  |
|--|--|
| dysfunkcja narządu ruchu z możliwością samodzielnego poruszania się na wózku inwalidzkim             |  |
| dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim przy pomocy innych osób |  |
| osoby z dysfunkcją narządu ruchu poruszające się przy pomocy kul, balkonika itp.                     |  |
| osoby z dysfunkcją narządu ruchu leżące bez możliwości poruszania się                                |  |
| dysfunkcja narządu ruchu, osoby poruszające się samodzielnie bez pomocy osób trzecich i przyrządów   |  |
| dysfunkcja narządu wzroku  |  |
| dysfunkcja narządu słuchu lub mowy   |  |
| deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe) inne psychiczne  |  |
| pozostałe wraz ze schorzeniami sprzężonymi   |  |

2. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, inny sprzęt pomocniczy i ewentualne potrzeby w tym zakresie:

.....  
.....

3. Uzasadnienie potrzeby likwidacji barier w komunikowaniu się

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

.....

(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

\* właściwe zaznaczyć

