

## WNIOSEK

**o przyznanie dofinansowania ze środków  
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się w związku  
z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych**

### I. Dane dotyczące Wnioskodawcy:

Imię i nazwisko wnioskodawcy(dziecka).....  
Data urodzenia ..... PESEL .....

Seria i nr dowodu osobistego .....wydany w dniu .....  
przez .....

Adres stałego zamieszkania .....

Adres zameldowania.....

Telefon.....Stopień niepełnosprawności (grupa inwalidzka)

Wnioskodawcy.....

### II. Rodzaj niepełnosprawności: (właściwe zaznaczyć)

- a) schorzenia narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
- b) schorzenia narządu ruchu
- c) schorzenia narządu wzroku
- d) schorzenia narządu słuchu i mowy
- e) schorzenia psychiczne i umysłowe
- f) inne, jakie?.....

### III. Przedmiot dofinansowania (należy wskazać przedmiot, podać nazwę, typ itp.)

.....

### IV. Koszty realizacji zadania:

<b>Przewidywany całkowity koszt realizacji zadania:</b> (zgodnie z wyceną)	zł
<i>Słownie:</i>	
<b>Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON</b> (wnioskodawca może ubiegać się maksymalnie o kwotę do 95% całkowitego kosztu realizacji zadania):	zł
<i>Słownie:</i>	

<b>Deklarowana przez Wnioskodawcę wysokość pokrycia kosztów realizacji zadania (min 5% całkowitego kosztu realizacji zadania):</b>	<b>zł</b>
<i>Słownie:</i>	

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**VI. Sytuacja zawodowa wnioskodawcy** (właściwie zaznaczyć)

- a) pracuję ( nazwę miejsca pracy) .....b) prowadzący działalność gospodarcza
- c) bezrobotna(y)/ poszukująca pracy
- d ) otrzymuję zasiłek/ nie otrzymuję zasiłku
- e ) rencista / emeryt
- g) dzieci, młodzież do lat 18/ osoba w wieku od lat 18 do lat 24 ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca)

**VII. Źródła utrzymania:** (właściwie zaznaczyć)

- a) wynagrodzenie za pracę
- b) przychody z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej
- c) renta/emerytura
- d) zasiłek dla bezrobotnych
- e) zasiłek socjalny
- f) stypendium
- g) inne, jakie?.....

**VIII. Informacja na temat przyznanego dofinansowania ze środków PFRON w ramach w/w zadania:**

1. kwota przyznanego dofinansowania.....
  2. numer zawartej umowy.....
  3. cel przyznanego dofinansowania.....
  4. data przyznanego dofinansowania.....
  5. stan rozliczenia (rozliczono się, nie rozliczono się, w trakcie rozliczenia).....
- .....

**IX. Informacja o otrzymanym dofinansowaniu ze środków PFRON w ramach innych zadań .....**

.....

**X. Przewidywane efekty realizacji zadania dla osoby niepełnosprawnej**

(wyjaśnić w jaki sposób przedmiot dofinansowania przyczyni się do poprawy funkcjonowania)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**XI. Informacje uzupełniające**

Ukończone przez Wnioskodawcę lub dziecko/podopiecznego/ kursy komputerowe:

.....

.....

**XII. Informacja o posiadanym rachunku bankowym**

- nie posiadam konta

<b>Nazwa banku</b>																			
<b>Nr rachunku bankowego</b>																			

**XIII. Oświadczenia wnioskodawcy:**

- oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód netto rodziny\*\*\***, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych\*\* podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, **obliczony za rok podatkowy poprzedzający rok , w którym składany jest wniosek, tj. 2018** wynosił..... zł.
- oświadczam, że liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wraz ze mną wynosi .....

L.p.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia	Miejsce zamieszkania
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

3. oświadczam, że mam/nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Oświadczam, że w ciągu ostatnich trzech lat byłem(łam)/nie byłem(łam) stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie
4. oświadczam, że o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu chrzanowskiego
5. oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych niezbędnych podczas realizacji dofinansowania, zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016)

**XIV. Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik**

.....syn/córka .....

*imię i nazwisko* *imię ojca*

seria .....nr ..... wydany w dniu ..... przez .....

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

miejsowość ..... ulica .....

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

województwo ..... nr tel. ....

ustanowiony Opiekunem<sup>1</sup>/Pełnomocnikiem<sup>1</sup> .....

<sup>1</sup>postanowieniem Sądu Rejonowego ..... z dn. ....sygn. akt .....

<sup>1</sup>na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza .....

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

**XV. Ja niżej podpisany/a pouczone/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 kodeksu karnego\* za składanie fałszywych zeznań, składam stosownie do art. 75 §2 kpa oświadczenie, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.**

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

.....  
miejsowość, data czytelny podpis wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/  
opiekuna prawnego/pełnomocnika

\*Art. 233 § 1 kk – Kto, składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

**\*\* dochód** w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych oznacza to, po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób:

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 niezliczone 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 osiąganych 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, m.in.:

- renty inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin,
- renty wypłacone osobom represjonowanym i członkom ich rodzin,
- świadczenia pieniężne, dodatek kombatancki, ryczałt energetyczny i dodatek kompensacyjny, emerytury i renty z tytułu inwalidztwa wojennego,
- zasiłki chorobowe rolników,
- środki bezzwrotnej pomocy zagranicznej,
- należności ze stosunku pracy lub z tytułu stypendium osób przebywających czasowo za granicą,
- dochody członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych z tytułu członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej, pomniejszone o składki na ubezpieczenia społeczne,
- alimenty na rzecz dzieci,
- stypendia przyznawane uczniom lub studentom,
- 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,
- dodatki za tajne nauczanie,
- ekwiwalenty pieniężne za deputaty węglowe,
- ekwiwalenty z tytułu prawa do bezpłatnego węgla,
- dochody uzyskane z gospodarstwa rolnego,
- świadczenia otrzymywane przez posła i senatora,
- dochody uzyskiwane za granicą pomniejszone o zapłacone: podatek dochodowy oraz składki na obowiązkowe ubezpieczenie społeczne i zdrowotne,
- zaliczka alimentacyjna.

**\*\*\* przez rodzinę** należy rozumieć odpowiednio następujących członków rodziny:

a) **małżonków,**

b) **rodziców dzieci,**

c) **opiekuna faktycznego dziecka** (osobę faktycznie opiekującą się dzieckiem, jeżeli wystąpiła z wnioskiem do sądu rodzinnego o przysposobienie dziecka),

d) **pozostające na utrzymaniu dzieci w wieku do ukończenia 25. roku życia,**

e) **dziecko, które ukończyło 25. rok życia legitymujące się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności**, jeżeli z tą niepełnosprawnością przysługuje świadczenie pielęgnacyjne lub specjalny zasiłek opiekuńczy albo zasiłek dla opiekuna, o którym mowa w ustawie z dnia 4 kwietnia 2014 r. o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów (Dz.U. poz. 567);

do członków rodziny **nie zalicza się:**

f) a) dziecka pozostającego pod opieką opiekuna prawnego,

g) b) dziecka pozostającego w związku małżeńskim,

h) c) pełnoletniego dziecka posiadającego własne dziecko;

**Do opieki nad osobą ubezwłasnowolnioną całkowicie** stosuje się odpowiednio przepisy o opiece nad małoletnim (zgodnie z treścią art. 175 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego)

### **Załączniki do wniosku:**

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik
2. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające pełną informację o rodzaju niepełnosprawności zał. nr. 1
4. Zaświadczenie o dochodach Wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą za rok podatkowy poprzedzający rok, w którym składany jest wniosek.

5. Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.
6. Zaświadczenie ze szkoły o kontynuacji nauki w wieku 16 – 24 lat /uczących się/
7. Oferta cenowa sprzętu wystawiona imienna na osobę niepełnosprawną.
8. W przypadku, gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego do wniosku należy załączyć odpowiednio kopię pełnomocnictwa lub postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego.
9. Inne dokumenty wymagane w zależności od indywidualnej sytuacji Wnioskodawcy.

### **UWAGA !!!**

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zakupu zestawu komputerowego należy dołączyć dodatkowo:

1. dokument potwierdzający ( opinia, zaświadczenie itp. ) umiejętności w zakresie obsługi komputerem itp.
2. zaświadczenie od logopedy w jakim zakresie wnioskodawca korzysta z pomocy i jakie multimedialne programy logopedyczne poleca w celu rehabilitacji ( jeżeli wnioskodawca jest objęty pomocą )
3. orzeczenie i opinia z Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej ( jeżeli wnioskodawca był badany)

### **UWAGA !!!**

**Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu**

**Dofinansowanie likwidacji barier technicznych i w komunikowaniu się ze środków PFRON przysługuje osobom niepełnosprawnym raz na trzy lata od dnia przyznania tego dofinansowania**

**Adnotacja i ocena zasadności wniosku**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Opinia Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie o dofinansowanie .....**

.....  
*nazwa zadania*  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
*data*

.....  
*podpis*

**Decyzja Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie o przyznaniu dofinansowania**

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

.....  
*data i podpis*

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

załącznik nr 1 do wniosku

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA  
wydane dla potrzeb PCPR w Chrzanowie- likwidacja barier w komunikowaniu się**

*(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)*

Imię i nazwisko pacjenta .....

Data

urodzenia.....PESEL.....

Adres zamieszkania .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej - opis rodzaju schorzenia

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

2. Wpływ rodzaju schorzenia na wykonywanie podstawowych codziennych czynności

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:

.....  
.....

4. Niepełnosprawność pacjenta dotyczy (zakreślić właściwe):

- brak jednej/obu kończyn górnych
- brak jednej /obu kończyn dolnych
- znaczny niedowład obu kończyn górnych
- znaczny niedowład obu kończyn dolnych
- dysfunkcja narządu słuch     dysfunkcja narządu mowy
- dysfunkcja narządu wzroku
- inne schorzenia : .....

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne:

- wózek inwalidzki                       balkonik
- protezy kończyn                       kule
- orteza                                       gorset
- aparat słuchowy                       okulary
- inne .....

.....  
*miejsowość*

.....  
*data*

.....  
*pieczętka i podpis lekarza*