

Data wpływu.....
(wypełnia pracownik MOPR)

Numer wniosku.....
(wypełnia pracownik MOPR)

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się w związku
z indywidualnymi potrzebami osoby niepełnosprawnej

I. Dane dotyczące Wnioskodawcy (proszę wypełnić drukowanymi literami)

.....
imię (imiona) i nazwisko
.....Nr PESEL.....nr NIP.....
Miejscowość.....ulicanr domu.....nr lokalu.....
(dokładny adres)
nr kodu.....poczt.....powiat.....
województwo.....nr tel./fax (nr kier.).....e-mail
nazwa banku.....
nr rachunku bankowego.....
imię i nazwisko właściciela konta.....

Wstawić X we właściwej rubryce.

II. Stopień niepełnosprawności

1. znaczny	
• Inwalidzi I grupy	
• Osoby całkowicie niezdolne do pracy oraz samodzielnej egzystencji	
• Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
• Osoby w wieku do lat 16 (w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat), którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
2. umiarkowany	
• Inwalidzi II grupy	
• Osoby całkowicie niezdolne do pracy	
• Inwalidzi III grupy ze względu na głuchotę lub głuchoniemotę	
3. lekki	
• Pozostali inwalidzi III grupy	
• Osoby częściowo niezdolne do pracy	
• Osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie	

III. Rodzaj niepełnosprawności

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 narządów słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
7. inne, jakie:.....	

* niepotrzebne skreślić

IV. Sytuacja zawodowa

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	

V. Poziom wykształcenia

1. Brak wykształcenia	
2. Absolwent szkoły życia	
3. Niepełne podstawowe	
4. Niepełne podstawowe – specjalne	
5. Podstawowe	
6. Podstawowe - specjalne	
7. Gimnazjalne	
8. Zasadnicze zawodowe	
9. Zasadnicze specjalne	
10. Średnie zawodowe łącznie z policealnym	
11. Średnie ogólnokształcące	
12. Wyższe	

VI. Dochody i liczba członków gospodarstwa domowego

Oświadczam, że, (zaznaczyć właściwe):

☐ prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe

☐ razem ze mną w gospodarstwie domowym pozostaje następująca liczba osób.....

Razem średni miesięczny dochód netto w gospodarstwie domowym obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku	 zł
Średni miesięczny dochód na osobę (kwotę powyżej podzielić przez liczbę osób w gospodarstwie domowym)	 zł

VII. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON?				Tak	Nie
Nr i data zawarcia umowy	Kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	Źródło PFRON, WOZiRON, samorząd powiatowy

VIII. Dane przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego wnioskodawcy), opiekuna prawnego lub pełnomocnika (wypełnić jeśli dotyczy)

.....
imię (imiona) i nazwisko

Nr PESEL.....

.....
miejscowość.....ulica.....nr domu.....nr lokalu.....
(dokładny adres)

nr kodu.....poczt.....powiat.....

województwo.....nr tel./fax (nr kier.).....e-mail.....

ustanowiony opiekunem/pełnomocnikiem*

postanowieniem Sądu Rejonowego dn.sygn. akt. / na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*
.....z dn.repet. nr

* Niepotrzebne skreślić

IX. Jaki sprzęt/przedmiot zostanie zakupiony w celu likwidacji bariery w komunikowaniu się?

.....
.....

X. Przewidywany koszt realizacji zadania.....

XI. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków Funduszu,

XII. Deklarowany procentowy udział własny Wnioskodawcy w kosztach przedsięwzięcia.....

XIII. Jakie trudności stwarza obecnie bariera w komunikowaniu się (proszę zaznaczyć X we właściwym miejscu i podać wyjaśnienie):

Trudność/bariera	Zaznacz x jeśli właściwe	Opis trudności/barier w komunikowaniu się
w wykonywaniu czynności życia codziennego		
w aktywności społecznej		
w aktywności zawodowej		
inna trudność (wpisać jaka)		

XIV. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

XV. Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(em) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

XVI. Oświadczam, że nie dokonałem/am jeszcze zakupu sprzętu w celu likwidacji bariery w komunikowaniu się, którego dotyczy wniosek.

XVII. Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych. Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem

Siedlce, data.....,

.....
czytelny podpis wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego, opiekuna
prawnego, pełnomocnika

* niepotrzebne skreślić

Załączniki do wniosku:

1. 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 (oryginał do wglądu).
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób (oryginały do wglądu).
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu (na załączonym formularzu).
4. Kopia pełnomocnictwa lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu) w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego.
5. Oświadczenie Wnioskodawcy o innych źródłach finansowania zadania.
6. Faktura pro-forma (oferta cenowa) na zakup sprzętu/urządzenia, wystawiona przez dostawcę sprzętu/urządzenia.
7.
8.

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Nr i seria dowodu osobistego.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej* :

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego: stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby:

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:

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

4. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie:

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

.....
Pieczątką i podpis lekarza