

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)

.....syn/córka*.....
imię (imiona) i nazwisko.....imię ojca.....
seria.....nr.....wydany w dniu.....przez.....
(dowód osobisty)
.....Nr PESEL.....nr NIP.....
Miejscowość.....ulica.....nr domu.....nr lokalu.....
(dokładny adres)
nr kodu.....poczta.....powiat.....
województwo.....nr tel./fax (nr kier.).....e-mail.....
nazwa banku.....
nr rachunku bankowego.....

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)

.....syn/córka*.....
 imię (imiona) i nazwisko
 seria.....nr.....wydany w dniu.....przez.....
 (dowód osobisty)
Nr PESEL.....nr NIP.....
 miejscowość.....ulica.....nr domu.....nr lokalu.....
 (dokładny adres)
 nr kodu.....poczta.....powiat.....
 województwo.....nr tel./fax (nr kier.).....
 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 byłam(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 (Dz. U. z 2019 r. poz. 1172 z późn. zm.) (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.

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

..... dn.....

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:

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