

Nr sprawy

Data wpływu.....

W N I O S E K

o dofinansowanie zakupu urządzeń (wraz z montażem*) lub wykonania usług* z zakresu likwidacji barier architektonicznych, technicznych, w komunikowaniu *

Wypełnia WNIOSKODAWCA (proszę wypełnić drukowanymi literami)

.....syn/córka*
imię (imiona) i nazwisko imię ojca

seria.....nr..... wydany w dniu.....przez.....
dowód osobisty

nr PESEL.....Data urodzenia.....

miejscowość.....ul.....nr domu.....nr lokalu.....
adres stałego zameldowania

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

województwo..... nr tel./fax.....

Proszę o dofinansowanie
podać nazwę urządzenia (ewentualnego montażu), rodzaj usługi

.....
.....
w łącznej wysokościzł
(słownie:.....zł).

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

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

Krótkie uzasadnienie składanego wniosku:

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

proszę wstawić znak X we właściwej rubryce

* niepotrzebne skreślić

Informacje o Wnioskodawcy:

stopień niepełnosprawności

Znaczny stopień niepełnosprawności	
Umiarkowany stopień niepełnosprawności	
Lekki stopień niepełnosprawności	

Całkowita niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji	
Całkowita niezdolność do pracy	
Częściowa niezdolność do pracy	

I grupa inwalidzka	
II grupa inwalidzka	
III grupa inwalidzka	

Orzeczenie o niepełnosprawności	
---------------------------------	--

II. Rodzaj niepełnosprawności (1):

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim: wrodzony brak albo amputacja dłoni i rąk	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządu słuchu	
5. dysfunkcja narządu mowy	
6. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
7. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

IV. Sytuacja zawodowa:

1. zatrudniony */ prowadzący działalność gospodarczą *	
2. młodzież w wieku od 18 do 24 lat ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca *	
3. bezrobotny poszukujący pracy */ rencista poszukujący pracy *	
4. rencista */ emeryt * niezainteresowany podjęciem pracy	
5. dzieci i młodzież do lat 18 *	

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że przeciętny średni miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych, pomniejszony o obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, oraz kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, **podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc**, w którym składany jest wniosek :

wynosił.....zł

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym:

VI. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych; (1)

1. na likwidację barier :	
a). nie korzystałem	
b). korzystałem	
⇒ przedmiot dofinansowania.....	
⇒ data otrzymania dofinansowania.....	
⇒ kwota dofinansowania [zł].....	
2. korzystałem na inne cele ustawowe i rozliczyłem się	
3. korzystałem na inne cele ustawowe i jestem w trakcie rozliczenia	
4. korzystałem i nie rozliczyłem się	

proszę wstawić znak X we właściwej rubryce

* niepotrzebne skreślić

VII. Informacja o ewentualnym dofinansowaniu z innych źródeł, przeznaczonym na ten sam cel

Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 & 1,2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. - Kodeks Karny (Dz. U. nr. 88, poz. 553) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załączniku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się informować w ciągu 14 dni.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, Administratorem danych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Mikołowie z siedzibą w Łaziskach Górnych ul. Chopina 8, 43-170 Łaziska Górne tel. 32 2244498 e-mail pcpr.mikolow@poczta.fm

.....
(Podpis Wnioskodawcy*/ Przedstawiciela ustawowego*/ opiekuna Prawnego/ Pełnomocnika)

Przedstawiciel ustawy (dla małoletniego Wnioskodawcy), Opiekun prawny lub Pełnomocnika

.....syn/córka.....
imię(imiona) i nazwisko imię ojca

seria.....nr.....wydany w dniu.....przez.....
dowód osobisty

nr PESEL..... Data urodzenia.....

miejsowość.....ulica.....nr domu.....nr lokalu.....
adres stałego zameldowania

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

województwo.....nr tel./faxu (z nr.kier.).....

ustanowiony Opiekunem*/ Pełnomocnikiem *

* postanowieniem Sądu Rejonowego.....z dn.....sygn.akt.....

*na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza.....
z dn.repet. nr

Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności ewentualnie stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik.
2. Kopia orzeczenia niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą w przypadku takich osób.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu.
4. Oferta cenowa na wnioskowane urządzenia (dotyczy barier technicznych i w komunikowaniu)

proszę wstawić znak X we właściwej rubryce

* niepotrzebne skreślić