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............................... wydanym 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 wysokości zł

(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 ulgi\*, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

Krótkie uzasadnienie składanego wniosku:

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

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

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

**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 (l ):**

|  |  |
| --- | --- |
| 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: .........................

1. **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 |  |

1. **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](mailto:pcpr.mikolow@poczta.fm)

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

( Podpis Wnioskodawcy\*/ Przedstawiciela usta- wowego\*/ opiekuna Prawnego/ Pełnomocnika)

Przedstawiciel ustawowy ( 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…………………............................................

miejscowość.........................................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)