

II. Rodzaj niepełnosprawności¹

1.dysfunkcja narządu ruchu:	
- dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
- dysfunkcja kończyn dolnych	
- dysfunkcja kończyn górnych	
- inna dysfunkcja narządu ruchu	
2. dysfunkcja narządów wzroku	
3. dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
4. niepełnosprawność intelektualna (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
7. inna (jaka?).....	

III. Posiadane orzeczenie¹

1. znaczny	
2. inwalidzi I grupy	
3. osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
4. osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
5. osoby w wieku do 16 lat (w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat) którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
6. umiarkowany	
7. inwalidzi II grupy	
8. osoby całkowicie niezdolne do pracy	
9. lekki	
10. inwalida III grupy	
11. osoby częściowo niezdolne do pracy	
12. osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	
Orzeczenie: czasowe do dnia stałe	

IV. Sytuacja zawodowa¹

1.zatrudniony*/prowadzący działalność gospodarczą*	
2.młodzież w wieku 18 - 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	

¹ – wstawić x we właściwej rubryce

* - niepotrzebne skreślić

V. Sytuacja mieszkaniowa - zamieszkuje¹

1.samotnie	
2.z rodziną	
3. z osobami spokrewnionymi	

VI. Wykształcenie Wnioskodawcy ¹

niepełne podstawowe	
podstawowe	
gimnazjalne	
zawodowe	
średnie ogólnokształcące	
średnie zawodowe	
policealne	
wyższe	
wyższe z tytułem naukowym	
Nie dotyczy	

VII. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą (w tym osoby niepełnosprawne):

Imię i nazwisko	pokrewieństwo	Stopień niepełnosprawności	Rodzaj niepełnosprawności
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

VIII. Korzystanie ze środków finansowanych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych¹

1.na likwidację barier	
a) nie korzystał	
b) korzystał ze środków PFRON i rozliczył się	
c) korzystał ze środków PFRON i nie rozliczył się	
2. korzystał na inne cele ustawowe i rozliczył się	
3. korzystał na inne cele ustawowe i jest w trakcie rozliczania	
4. korzystał i nie rozliczył się	

IX. Przedmiot dofinansowania (należy podać nazwę urządzenia (ewentualny montaż), rodzaj usług itp.)

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

¹ – wstawić x we właściwej rubryce

XI. Przewidywany koszt realizacji zadania

Całkowity koszt realizacji zadani w zł	
Kwota wnioskowana ze środków PFRON	
Nazwa banku i numer rachunku bankowego	

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik:

1. imię (imiona) i nazwisko:
2. adres zamieszkania (miejsce pobytu osoby bezdomnej)
Miejscowość: ul.Nr domuNr lokalu
Kod-..... Poczta Gmina
3. PESEL:
4. dowód osobisty: Seria Nr wydany w dniu
przez ważny do dnia
5. telefon stacjonarny: / komórkowy:
6. Postanowienie Sądu w z dnia Sygn. akt
7. Na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dnia repet. Nr

Załączniki do wniosku

1. kopia orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie równoważne, o którym mowa w art. 1 w art.62 ustawy z dnia 27 sierpnia o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 roku, poz.556 z późniejszymi zmianami),
2. kopia orzeczenia o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z Wnioskodawcą,
3. aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, jeśli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu i o problemach wynikających ze schorzenia (czytelnie w języku polskim),
4. postanowienie sądu o ubezwłasnowolnieniu i wyznaczeniu opiekuna prawnego,
5. potwierdzenie notarialne pełnomocnictwa do załatwiania spraw w imieniu Wnioskodawcy,
6. zgoda właściciela budynku lub lokalu mieszkalnego, jeżeli taka zgoda jest wymagana,
7. kosztorys ofertowy,
8. w przypadku ubiegania się o dofinansowanie do zakupu komputera należy załączyć opinię lekarza specjalisty (dzieci zaświadczenie logopedy lub pedagoga szkolnego) potwierdzającą konieczność posiadania komputera do celów swobodnego porozumiewania się i/lub przekazywania informacji,
9. zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy,
10. oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis Wnioskodawcy/ opiekuna ustawowego/ opiekuna prawnego/ pełnomocnika)

Wypełnia Wnioskodawca

Oświadczam, iż przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wyniósł zł
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis Wnioskodawcy/ opiekuna ustawowego/ opiekuna prawnego/ pełnomocnika)

Wypełnia Wnioskodawca

OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.
2. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Funduszu i nie byłem/am w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
3. Oświadczam, że posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w likwidacji barier

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis Wnioskodawcy/ opiekuna ustawowego/ opiekuna
prawnego/ pełnomocnika)

Uwaga!!!

1. Likwidacja barier w komunikowaniu się polega na likwidacji ograniczeń uniemożliwiających lub utrudniających osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji oraz kontakt z otoczeniem.
2. Wnioski rozpatrywane będą po otrzymaniu przez PCPR środków finansowych PFRON na realizację tego zadania i zatwierdzeniu przez Radę Powiatu Pleszewskiego.

Adnotacje PCPR

Sposób rozpatrzenia wniosku

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

Decyzja o przyznaniu dofinansowania

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

.....
(data i podpis)