

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pleszewie
ul. Kazimierz Wielkiego 7A, 63 –300 Pleszew, tel. 62 7420 – 161

.....
numer kolejny wniosku/powiat/rok złożenia wniosku

.....
pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

.....
data wpływu kompletnego wniosku /dzień miesiąc rok/

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

A. Dane dotyczące wnioskodawcy /wypełnić drukowanymi literami/

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

seria nr wydany w dniu przez
dowód osobisty

nr PESEL nr NIP

nr Kodu - poczta województwo/powiat/.....
dokładny adres

miescowość ulica nr domu nr lokalu

I.. Rodzaj niepełnosprawności

1.Dysfunkcja narządów ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak albo amputacja dłoni lub ręki	
2.inna dysfunkcja narządów ruchu	
3. dysfunkcja narządów wzroku	
4. dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
5.deficyt rozwojowy /upośledzenie umysłowe/	
6.niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

II. Stopień niepełnosprawności¹

1. znaczny /inwalida I grupy/	
2.umiarkowany /inwalida II grupy/	
3.lekki /inwalida III grupy/	

III. Sytuacja zawodowa¹

1.zatrudniony*/prowadzący działalność gospodarczą*	
2.młodzież 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	

¹ – wstawić we właściwej rubryce

* - niepotrzebne skreślić

IV. Sytuacja mieszkaniowa - warunki mieszkaniowe /wypełnia pracownik PCPR/¹

1.złe	
2.przecietne	
3.dobre	
4.bardzo dobre	

V. Sytuacja mieszkaniowa - zamieszkuje ¹

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

VI. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z wnioskodawcą

Nazwisko i imię	pokrewieństwo	Stopień niepełnosprawności	Rodzaj niepełnosprawności	Dochód miesięczny brutto
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				

/1/ - wstaw x we właściwej rubryce

- niepotrzebne skreślić

/2/ wstaw właściwe oznaczenia cyfrowe z tabeli I.A.

/3/ wstaw właściwe oznaczenia cyfrowe z tabeli I.B.

VII. Średni dochód miesięczny na osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy¹

1.poniżej 100,00 zł	
2. 101,00 – 200,00 zł	
3. 201,00 – 300,00 zł	
4. 301,00 – 400,00 zł	
5. 401,00 – 500,00 zł	
6. 501,00 - 600,00 zł	
7. 601,00 – 700,00 zł	
8. 701,00 – 800,00 zł	
9. powyżej 800,00 zł.	

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

1. na likwidację barier technicznych	
a) nie korzystał	
b) korzystał /w tym ze środków przyznanych przez PFRON	
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. Deklarowany udział własny wnioskodawcy lub sponsora

1. deklarowany przez wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania - ponad obowiązujące	%
2..deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania	%

X. Dane informacyjne o wnioskodawcy¹

wykształcenie	zaznacz właściwe	rodzaj źródła utrzymania	zaznacz właściwe
niepełne podstawowe		wynagrodzenie za pracę	
podstawowe		Przychody z działalności gospodarczej	
zawodowa		Renta stała /emerytura	
średnie ogólnokształcące		renta okresowa	
średnie zawodowe		renta szkoleniowa	
policealne		zasilek dla bezrobotnych	
wyższe		zasilek socjalny	
wyższe z tytułem naukowym		Stypendium	
		Alimenty */inne *	

XI. Cel likwidacji barier technicznych

.....

.....

.....

.....

(1) wstaw x we właściwe miejsce
* niepotrzebne skreślić

XII. Wykaz planowanego zakupu sprzętu technicznego

.....

.....

.....

.....

.....

Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania zł:

Cyfrą : /słownie:zł/

Uprzedzony o odpowiedzialności za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się informować w ciągu dni.

.....
/podpis wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego/

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego wnioskodawcy) opiekun prawny lub pełnomocnik

..... syn / córka
imię i nazwisko

seria nr wydany w dniu przez
dowód osobisty

nr kodu - poczta województwo/powiat /

miejsowość ulica nr domu nr lokalu

ustalony opiekun* / pełnomocnik*

.....

* niepotrzebne skreślić

Załączniki do wniosku

- kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. O rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych ,
- orzeczenie o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą
- zaświadczenie o dochodach wnioskodawcy i osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą
- zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy
- oferta cenowa sprzętu technicznego