**RS-615- /**

## **WNIOSEK**

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się\* i technicznych\*\***

**-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

***UWAGA!!! ZAKUPU WNIOSKOWANEGO URZĄDZENIA LUB SPRZĘTU  
 DOKONUJE SIĘ PO PODPISANIU UMOWY OBEJMUJĄCEJ***

***PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA***

1. **Dane dotyczące Wnioskodawcy**

................................................................................................................ PESEL .....................................................

*(imię i nazwisko/ w przypadku osoby, która nie ukończyła 18 roku życia należy wpisać jej dane)*

**Adres zamieszkania:** miejscowość ............................................ ulica ......................................  
nr domu ............... nr lokalu........... nr kodu ........-.............. poczta .............................................

**GMINA**…………………………………………………………...

**Adres zameldowania:** miejscowość ........................................... ulica ….................................  
nr domu ............... nr lokalu...........nr kodu ........-.............. poczta .............................................

telefon ............................................................

* **Cel dofinansowania:** *podać nazwę urządzenia*

1. ...........................................................................................................................................
2. ...........................................................................................................................................
3. ...........................................................................................................................................
4. ...........................................................................................................................................

* Całkowity koszt urządzenia lub usługi: *(należy podać z faktury proforma)* ....................................... zł

(słownie złotych: ......................................................................................................................................)

* Kwota wnioskowanego dofinansowania: ....................................... zł, **co stanowi do 95 % ceny brutto**, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł.

**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.**

### Uzasadnienie składanego wniosku:

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

\*niepotrzebne skreślić

# Miejsce realizacji zadania: *(adres, gdzie będzie używany przedmiot dofinansowania)*

# ……………………………………………………………………………………………………………………….

**Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania**

…………………………………………………………………….……......…………..……………………………

# INFORMACJE O WNIOSKODAWCY

* **Posiadane orzeczenie:**

**1)**. o stopniu niepełnosprawności **Znacznym Umiarkowanym Lekkim**

**2)**. o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów **I II III**  
**3)**. o całkowitej/ częściowej niezdolności do pracy/ niezdolności do samodzielnej egzystencji/   
o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym/

**4)**. o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia

### II. Rodzaj niepełnosprawności ¹

|  |  |
| --- | --- |
| 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 narządu słuchu\* i mowy\* |  |
| 5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe) |  |
| 6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia |  |

### III. Sytuacja zawodowa ¹

|  |  |
| --- | --- |
| 1. zatrudniony\*/ prowadzący działalność gospodarczą\* |  |
| 2. osoba w wieku powyżej 16 roku życia, ucząca się w systemie szkolnym\* lub studiująca\* |  |
| 3. bezrobotny zarejestrowany w PUP aktywnie poszukujący pracy\*/ rencista poszukujący pracy\* |  |
| 4. rencista\*/ emeryt\* nie zainteresowany podjęciem pracy |  |
| 5. osoba niepełnosprawna do 16 roku życia |  |

### IV. Korzystanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych¹

|  |  |
| --- | --- |
| 1. rodzaj zadania: | |
| 1.1 nie korzystałem |  |
| * 1. korzystałem |  |
| a) cel dofinansowania | |
| b) data otrzymania dofinansowania/ numer Umowy | |
| c) kwota dofinansowania [zł] | |
| 2. rozliczyłem się |  |
| 3. korzystałem i nie rozliczyłem się |  |

**V. Informacje o ewentualnym dofinansowaniu z innych źródeł**

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

### *¹ wstawić X we właściwej rubryce*

\**niepotrzebne skreślić*

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

|  |  |
| --- | --- |
| POKREWIEŃSTWO | Dochód miesięczny  netto (zł) |
| 1. – **WNIOSKODAWCA** |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |
| 6. |  |
| 7. |  |
| 8. |  |

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych**²**, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za  
  
kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił …………………………………….. złotych.

**VII. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz   
z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania:**

………………………………………………………..……………………………………………………………...

**VIII. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:** Data wpisu ……………….……………….…..

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

Ja niżej podpisany/a pouczony/a o odpowiedzialności karnej z art.233 par.1 kodeksu karnego\* za składanie fałszywych zeznań, składam stosownie do art. 75 par. 2 kpa oświadczenie, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

\*Art.233 par.1 kk – Kto, składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

W przypadku złożenia fałszywych zeznań kwota dofinansowania ze środków PFRON w/w zadania podlega zwrotowi.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am\* stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a, że złożony przeze mnie wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych zostanie rozpatrzony po otrzymaniu przez PCPR informacji o wysokości środków finansowych przypadających na realizację w roku bieżącym zadań z zakresu rehabilitacji społecznej.

***Oświadczam, że o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować PCPR w Krakowie w ciągu 14 dni.***

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

**data (czytelny podpis Wnioskodawcy\*, przedstawiciela ustawowego\***

**opiekuna prawnego\*, pełnomocnika\*)**

**²**Ustawa z dnia 28.11.2003 roku o świadczeniach rodzinnych ( *Dz. U. z 2018 r., poz. 2220 t. j.)*

**Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik**

.................................................................................................................... syn/ córka .............................................

*imię i nazwisko*

nr PESEL ........................................................................ adres zamieszkania: miejscowość ..................................

.......................................... ulica ................................................ nr domu .......................... nr lokalu........................

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

województwo ..............................................................................nr tel./faxu …………............................................

ustanowiony Opiekunem\*/ Pełnomocnikiem\* ...........................................................................................................

\*postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. ............................................ sygn. Akt ...................................................

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

**Załączniki do wniosku:**

1. **Kopię** posiadanego orzeczenia lub wypisu z treści orzeczenia:

o stopniu niepełnosprawności lub o zaliczeniu do jednej z trzech grup inwalidów lub o całkowitej/ częściowej niezdolności do pracy/ o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym ***(wydane przed dniem 1 stycznia 1998r****.)*/ i niezdolności do samodzielnej egzystencji, niezdolności do samodzielnej egzystencji lub niepełnosprawności przed ukończeniem 16 roku życia – **oryginał do wglądu;**

1. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o ograniczeniach i rodzajach niepełnosprawności powodujących utrudnienia w codziennym funkcjonowaniu – Załącznik nr 1 do wniosku;
2. Faktura proforma lub kosztorys na wnioskowany sprzęt/ usługę;
3. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania;
4. Zaświadczenie od specjalisty o konieczności posiadania sprzętu komputerowego, potwierdzające trudności w komunikowaniu się (psycholog٭, pedagog٭, logopeda٭);

6. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych wraz z potwierdzeniem otrzymania informacji o przetwarzaniu danych osobowych – Załącznik nr 2 do wniosku

٭ należy złożyć w przypadku starania się o dofinansowanie do zakupu sprzętu komputerowego

**Złożono wniosek: kompletny/niekompletny\***

Data i podpis pracownika merytorycznego sprawdzającego pod względem formalnym wniosek:………………...