

Data wpływu wniosku

Nr sprawy :

### WNIOSEK

#### o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się

.....

.....

(nazwa zadania)

#### 1. Dane personalne Wnioskodawcy (osoby niepełnosprawnej, której dotyczy wniosek) (proszę wypełnić czytelnie drukowanymi literami)

DANE PERSONALNE	ADRES ZAMIESZKANIA
Imię.....	Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nazwisko.....	Poczta.....
Data urodzenia.....	Miejscowość.....
PESEL.....	Ulica.....
Seria i nr dowodu osobistego.....	Nr domu..... nr m.....
z dnia .....	Miasto <input type="text"/> Wieś <input type="text"/>
wydany przez .....	Telefon.....

#### 2. Dane personalne osoby składającej wniosek w imieniu osoby niepełnosprawnej:

(we właściwym polu należy wstawić znak x)

- przedstawiciel ustawowy** (dla małoletniego Wnioskodawcy),
- opiekun prawny** (dla osoby ubezwłasnowolnionej)
- lub pełnomocnik Wnioskodawcy** (na podstawie pełnomocnictwa notarialnego)

Imię i nazwisko .....

Dowód osobisty: seria i nr ..... wydany w dniu .....

przez .....

Nr PESEL.....

Miejscowość..... ulica

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

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

województwo .....

nr telefonu.....



**8. Koszty przedsięwzięcia i wnioskowana kwota dofinansowania:**

Przewidywany całkowity koszt realizacji zadania	..... zł
1. Deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania	..... %
2. Inne źródła finansowania (np. deklarowany udział sponsora)..... zł	..... %
3. Procent kosztów zadania do pokrycia ze środków PFRON	..... %
4. Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków Funduszu:..... zł	
kwota słownie: .....	

**9. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na zakup wnioskowanego urządzenia (stan na koniec miesiąca przed złożeniem wniosku):**

.....
.....

**10. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON <sup>(1)</sup>**

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON na likwidację barier architektonicznych, technicznych, w komunikowaniu się, zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny, pożyczki, programy celowe: PEGAZ, Komputer dla Homera, Aktywny Samorząd itp. <sup>(1)</sup>				Tak	<input type="checkbox"/>
				Nie	<input type="checkbox"/>
Nr i data zawarcia umowy	Kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON <sup>(1)</sup>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Kwota zaległości	.....	
Czy Wnioskodawca był stroną umowy zawartej z PFRON rozwiązaną z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy <sup>(1)</sup>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Nr i data rozwiązanej umowy, przedmiot umowy, przyczyna rozwiązania	..... .....	

(1) proszę wstawić X we właściwej rubryce



## OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

### o posiadaniu środków na wkład własny

(dotyczy wnioskodawców ubiegających się o dofinansowanie ze środków PFRON)

dla: **Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nowej Soli** w celu dofinansowania likwidacji barier w komunikowaniu się.

Niniejszym oświadczam, że Ja .....  
(imię i nazwisko)

zamieszkały(a) w: 

--	--	--	--

 .....  
(kod pocztowy) (miejscowość)

ul. .... nr domu ....., nr mieszkania .....

**posiadam środki finansowe na wkład własny w wysokości wymaganej zasadami realizacji zadania**

....., data .....  
(miejscowość)

.....  
(podpis Wnioskodawcy\*, przedstawiciela ustawowego\*  
opiekuna prawnego\*, pełnomocnika\*)

.....  
 Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
 lub praktyki lekarskiej

Dnia .....

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

(Załącznik do wniosku osoby ubiegającej się o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się)

**(prosimy wypełnić czytelnie i w języku polskim)**

1. Imię i nazwisko.....
2. Adres zamieszkania .....
3. PESEL .....
4. Rodzaj niepełnosprawności (schorzenie) .....
- .....
- .....
- .....

I. Prosimy wymienić urządzenie /sprzęt, którego zakup umożliwi lub znacznie ułatwi pacjentowi kontaktowanie się z otoczeniem .....

.....

.....

### II. Stopień samodzielności pacjenta

#### 1. Zdolność zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych (spożywanie posiłków, toaleta, ubiór):

<i>Należy wskazać <b>wyłącznie</b> jedną odpowiedź</i>	<b>Pieczętka i podpis lekarza</b>
1. Wymaga całkowitej obsługi i pielęgnacji przez opiekuna (osoba całkowicie niesamodzielna)	
2. Z pomocą osoby drugiej (osoba częściowo samodzielna)	
3. Samodzielnie	

**VERTE**

## 2. Ocena zdolności do komunikowania się z innymi:

<i>Należy wskazać <b>wyłącznie</b> jedną odpowiedź</i>	<b>Pieczętka i podpis lekarza</b>
1. Całkowity brak możliwości komunikowania się – przekazywania informacji będący następstwem dysfunkcji mowy i/lub słuchu (osoba nie mówi)	
2. Ograniczone możliwości komunikowania się – przekazywania informacji będące następstwem dysfunkcji narządu mowy i/lub słuchu (trudności z mową i słuchem)	
3. Ograniczenia w komunikowaniu się będące następstwem dysfunkcji narządu ruchu lub narządu wzroku (osoba leżąca, poruszająca się na wózku inwalidzkim, z niedowładem kończyn dolnych, niewidoma lub niedowidząca)	
4. Brak ograniczeń w komunikowaniu się – przekazywaniu informacji	

.....  
pieczętka i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie

### **Uwaga:**

*Wszelkie informacje w zaświadczeniu wypełnia lekarz.*

*Zaświadczenia z dopiskami innych osób niż lekarz wystawiający zaświadczenie nie będą honorowane.*