

Data wpływu wniosku

Nr sprawy :

WNIOSEK

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

.....
.....

(przedmiot wniosku)

1. Dane personalne Wnioskodawcy (osoby niepełnosprawnej, której dotyczy wniosek)

(proszę wypełnić czytelnie drukowanymi literami)

DANE PERSONALNE	ADRES ZAMIESZKANIA
Imię.....	Kod pocztowy <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
Nazwisko.....	Poczta.....
Data urodzenia.....	Miejscowość.....
PESEL.....	Ulica.....
	Nr domu..... nr m.....
	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.....

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):

Uwaga: Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem dofinansowania i zawarciem stosownej umowy o dofinansowanie

.....
.....

10. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON ⁽¹⁾

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. ⁽¹⁾				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 ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Kwota zaległości	
Czy Wnioskodawca był stroną umowy zawartej z PFRON rozwiązywanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Nr i data rozwiązywanej 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. PESEL

3. 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 wyłącznie jedną odpowiedź</i>	Pieczętka i podpis lekarza
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 wyłącznie jedną odpowiedź</i>	Pieczętka i podpis lekarza
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.