

Data wpływu wniosku

Nr sprawy:

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych

.....
.....
(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="checkbox"/> Wieś <input type="checkbox"/>
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 ⁽¹⁾

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON na likwidację barier technicznych, architektonicznych, w komunikowaniu się, zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny, pożyczki, programy celowe: PEGAZ, Komputer dla Homera, Aktywny Samorząd itp.				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 technicznych.

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*)

* niepotrzebne skreślić

Dnia

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

(Załącznik do wniosku osoby ubiegającej się o dofinansowanie likwidacji **barier technicznych**)

(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 wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub samodzielną egzystencję.....

.....

.....

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 sprawności ruchowej wnioskodawcy:

<i>Należy wskazać wyłącznie jedną odpowiedź</i>	Pieczętka i podpis lekarza
1. Leżąca lub porusza się na wózku inwalidzkim tylko przy pomocy opiekuna lub osoba głuchoniewidoma	
2. Porusza się na wózku inwalidzkim samodzielnie lub osoba niewidoma lub osoba głuchoniema lub głucha	
3. Osoba po amputacji lub z wrodzonym brakiem kończyn/y dolnych/ej	
4. Porusza się <u>stale</u> przy pomocy balkonika lub dwóch kul lub osoba niedowidząca lub osoba niedosłysząca	
5. Porusza się <u>stale</u> o jednej kuli lub o lasce lub z asystentem	
6. Osoba z wrodzonym brakiem lub po amputacji kończyn/y górnych/ej	
7. Porusza się <u>okresowo</u> przy pomocy kul lub laski lub z asystentem	
8. Porusza się samodzielnie	

.....
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.