

**Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej**

ul. Północna 9b, 43-600 Jaworzno

tel. 32 618 18 69, 32 618 18 70

Nr sprawy: **RSN.700.7. .... . 2018**

DATA WPLYWU WNIOSKU
---------------------

# WNIOSEK

## O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH LIKwidACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ W ZWIĄZKU Z INDYWIDUALNYMI POTRZEBAMI OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

### 1. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY	DANE PERSONALNE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO, OPIEKUNA PRAWNEGO, PEŁNOMOCNIKA
Imię.....	Imię.....
Nazwisko.....	Nazwisko.....
Adres zamieszkania .....	Adres zamieszkania .....
.....	.....
Telefon .....	Telefon .....
Stan cywilny* .....	Dowód osobisty seria ..... nr .....
Data urodzenia .....	Wydany przez .....
Dowód osobisty seria ..... nr .....	Data wydania ..... Ważny do .....
Wydany przez .....	PESEL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Data wydania ..... Ważny do .....	
PESEL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

\* w pozycji stan cywilny należy wpisać odpowiedni: panna, kawaler, mężatka, żonaty, rozwiedziona, rozwiedziony, wdowa, wdowiec

### 2. INFORMACJE O POSIADANEJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI\*\*

- znaczny stopień niepełnosprawności /całkowita niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji /I grupa inwalidzka
- umiarkowany stopień niepełnosprawności/całkowita niezdolność do pracy /II grupa inwalidzka
- lekki stopień niepełnosprawności /częściowa niezdolność do pracy /III grupa inwalidzka
- orzeczenie o niepełnosprawności (dzieci do 16 roku życia)

Ważność dokumentu  stała  okresowa do .....

### 3. INFORMACJA O RODZAJU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY:\*\*

- DYSFUNKCJA NARZĄDU RUCHU Z KONIECZNOŚCIĄ PORUSZANIA SIĘ NA WÓZKU INWALIDZKIM
- INNA DYSFUNKCJA NARZĄDU RUCHU
- WRODZONY BRAK ALBO AMPUTACJA DŁONI LUB RĄK

\*\* proszę wstawić znak X we właściwym polu

- DYSFUNKCJA NARZĄDU WZROKU
- DYSFUNKCJA NARZĄDU SŁUCHU I MOWY
- DEFICYT ROZWOJOWY (UPOŚLEDZENIE UMYŚLOWE)
- NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ WYNIKAJĄCA Z OGÓLNEGO STANU ZDROWIA
- INNA DYSFUNKCJA (krótka charakterystyka) .....

#### 4. INFORMACJA NT. WYKSZTAŁCENIA ORAZ SYTUACJI ZAWODOWEJ WNIOSKODAWCY\*\*

##### SYTUACJA ZAWODOWA

- ZATRUDNIONY/PROWADZĄCY DZIAŁALNOŚĆ
- BEZROBOTNY/RENCISTA POSZUKUJĄCY PRACY
- RENCISTA/EMERYT
- OSOBA W WIEKU 18-24 UCZĄCA SIĘ/STUDIUJĄCA
- DZIECI I MŁODZIEŻ DO LAT 18
- INNE (JAKIE?) .....

##### WYKSZTAŁCENIE

- NIEPEŁNE PODSTAWOWE
- PODSTAWOWE
- ZAWODOWE
- ŚREDNIE
- POLICEALNE
- WYŻSZE
- INNE (JAKIE?) .....

#### 5. INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON W RAMACH LIKWIDACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ\*\*

	KORZYSTAŁEM(AM) Z DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON W LATACH POPRZEDNICH
--	--

	NIGDY NIE KORZYSTAŁEM(AM) Z DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON
--	---

Jeśli tak należy wypełnić poniższą tabelę

CEL	NR UMOWY	DATA PRYZNANIA	KWOTA PRYZNANA	KWOTA ROZLICZENIA
<b>KWOTA ROZLICZONA - RAZEM</b>				

#### 6. INFORMACJA O DOCHODACH

Niniejszym oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód rodziny** w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym za **kwartał** poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek **wynosił:**

..... zł. (słownie: ..... zł.)

**OŚWIADCZAM, ŻE RAZEM ZE MNĄ WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM POZOSTAJĄ NASTĘPUJĄCE OSOBY:**

STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA Z WNIOSKODAWCĄ (żona, mąż, córka, syn itp.)	PRZECIĘTNY MIESIĘCZNY DOCHÓD (NETTO)
<b>Wnioskodawca</b>	
<b>RAZEM</b>	

\*\* proszę wstawić znak X we właściwym polu

## 7. CEL DOFINANSOWANIA

NAZWA PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA			
.....			
CAŁKOWITY KOSZT PRZEDSIĘWZIĘCIA	KWOTA WNIOSKOWANA	ŚRODKI WŁASNE MIN. 5%	INFORMACJA O INNYCH ŹRÓDŁACH FINANSOWANIA
..... zł.	..... zł.	..... zł.	..... zł.

## 8. JAKIE EFEKTY PRZYNIESIE USUNIĘCIE BARIERY W KOMUNIKOWANIU SIĘ\*\*

<input type="checkbox"/>	WIĘKSZA SAMODZIELNOŚĆ W WYKONYWANIU CZYNNOŚCI ŻYCIA CODZIENNEGO	.....
<input type="checkbox"/>	CAŁKOWITA SAMODZIELNOŚĆ W WYKONYWANIU ŻYCIA CODZIENNEGO	.....
<input type="checkbox"/>	ZWIĘKSZENIE UDZIAŁU WNIOSKODAWCY W ŻYCIU SPOŁECZNYM <i>Jeżeli zaznaczono tę opcję, należy uzasadnić w jaki sposób likwidacja bariery w komunikowaniu się zwiększy szansę na aktywizację społeczną</i>	..... ..... ..... .....
<input type="checkbox"/>	ZWIĘKSZENIE SZANS NA AKTYWIZACJĘ ZAWODOWĄ /UTRZYMANIE TEJ AKTYWNOŚCI <i>Jeżeli zaznaczono tę opcję, należy uzasadnić w jaki sposób likwidacja bariery w komunikowaniu się zwiększy szansę na aktywizację zawodową/na utrzymanie aktywności zawodowej</i>	..... ..... ..... .....

INNE EFEKTY

**- UZASADNIENIE WNIOSKU**

**UWAGA - brak uzasadnienia**

**będzie miał wpływ na**

**rozpatrzenie wniosku**

## 9. INFORMACJA O ZAŁĄCZNIKACH DO WNIOSKU

**OŚWIADCZAM, ŻE DO WNIOSKU DOŁĄCZAM NASTĘPUJĄCE DOKUMENTY\*\*:**

1.	Kserokopia aktualnego dokumentu potwierdzającego posiadany stopień niepełnosprawności lub niepełnosprawność (dzieci do 16 roku życia ) wraz z oryginałem - do wglądu.	
2.	Kserokopia aktualnego dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność (orzeczenie) innych osób niepełnosprawnych mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą.	
3.	Kserokopię dokumentu uprawniającego do reprezentowania osoby niepełnosprawnej – w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej lub posiadającej ustanowionego przedstawiciela.	
4.	Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności oraz dokładny opis schorzenia.	
5.	Dokumenty potwierdzające wysokość osiąganych dochodów – do wglądu.	
6.	Oferta cenowa dotycząca przedmiotu dofinansowania.	

\*\* proszę wstawić znak X we właściwym polu

7.	Zaświadczenie o pobieraniu nauki ze szkoły lub uczelni – dot. osób uczących się.	
	Inne:	
8.		
9.		
10.		
11.		

### OŚWIADCZENIE

- Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r. poz. 922 z późn. zm.).
- Prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności karnej określonej w art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. 2017 r. poz. 2204 z późn. zm.) za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.
- Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz że w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku nie byłam/em stroną umowy zawartej z Funduszem, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.
- Oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a, że dofinansowanie ze środków PFRON nie obejmuje kosztów związanych z realizacją zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się.
- W przypadku otrzymania dofinansowania zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków kwoty (minimum 5 %) stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia (wraz z montażem), pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł, a kwotą dofinansowania przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Jaworzno, dnia .....

.....  
**Podpis Wnioskodawcy**

### DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA

**IŁOŚĆ UZYSKANYCH PUNKTÓW** (zgodnie z kartą kwalifikacji).....

POZYTYWNA                      PRYZNANA WYSOKOŚĆ DOFINANSOWANIA ..... zł.  
 NEGATYWNA

.....  
**Podpis osoby podejmującej decyzję**



Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(ważne 3 miesiące)

wydane dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Jaworznie w celu dofinansowania zakupu urządzeń  
z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się  
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko .....

PESEL

adres zamieszkania .....

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy:\*\*

- dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim,
- dysfunkcji narządu ruchu – osoba leżąca,
- innej dysfunkcji narządu ruchu, pozwalającej na samodzielne poruszanie się,
- wrodzonego braku albo amputacji dłoni lub rąk,
- dysfunkcji narządu wzroku,
- dysfunkcji narządu słuchu i mowy,
- deficytu rozwojowego (upośledzenie umysłowe),
- niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia,
- innej dysfunkcji .....

*krótka charakterystyka*

Ww. ma trudności w komunikowaniu się z otoczeniem, polegające na:

.....

.....

.....

Trudności te mogą zostać zlikwidowane/ograniczone poprzez korzystanie z następujących urządzeń, sprzętów:

.....

*proszę wpisać nazwę urządzenia*

posiadanie ww. urządzeń, sprzętu, wpłynie na poprawę komunikowania się z otoczeniem w następujący sposób

.....

.....

.....

.....  
*miejsowość i data*

.....  
*pieczęć i podpis lekarza*