

Nr sprawy: **RSN.700.8. 2018**

DATA WPŁYWU WNIOSKU

WNIOSEK
O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU
REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
LIKWIDACJI BARIER TECHNICZNYCH
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
.....
Dzielnica	Telefon
Telefon	Dowód osobisty seria nr
Stan cywilny*	Wydany przez
Data urodzenia	Data wydania Ważny do
Dowód osobisty seria nr	PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Wydany przez	
Data wydania Ważny do	
PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

* 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

** należy zaznaczyć X w odpowiednim polu

- DYSFUNKCJA NARZĄDU WZROKU
- DYSFUNKCJA NARZĄDU SŁUCHU I MOWY
- DEFICYT ROZWOJOWY (UPOŚLEDZENIE UMYSŁOWE)
- 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 TECHNICZNYCH W OSTATNICH 3 LATACH:

CEL	NR UMOWY	DATA PRYZNANIA	KWOTA PRYZNANA	KWOTA ROZLICZENIA
KWOTA ROZLICZONA - RAZEM				

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)
Wnioskodawca	
RAZEM	

** należy zaznaczyć X w odpowiednim 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 TECHNICZNEJ (należy zaznaczyć X w odpowiednim polu)

<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 POZA MIEJSCEM ZAMIESZKANIA <i>Jeżeli zaznaczono tę opcję, należy uzasadnić w jaki sposób likwidacja bariery technicznej 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 technicznej 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 wnioskowanego urządzenia.	

7.	Zaświadczenie o pobieraniu nauki ze szkoły lub uczelni – dot. osób uczących się powyżej 16 roku życia.	
	Inne:	
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		

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 (tj. 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 technicznych.
- 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

**** należy zaznaczyć X w odpowiednim polu**

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA

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

<input type="checkbox"/>	POZYTYWNA
<input type="checkbox"/>	NEGATYWNA

PRYZNANA WYSOKOŚĆ DOFINANSOWANIA zł.

.....
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 technicznych
(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 korzystaniu z przestrzeni życiowej wskutek braku odpowiednio przystosowanych urządzeń technicznych, polegające na:

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

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

proszę wpisać nazwę urządzenia

Posiadanie ww. urządzeń, sprzętu, wpłynie na poprawę funkcjonowania wnioskodawcy w następujący sposób:

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

miejsowość i data

pieczęć i podpis lekarza

*proszę wstawić znak X we właściwym polu