



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Data wpływu wniosku:

.....

Nr sprawy:

RN-711-...../.....



*Wniosek złożony w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Rzeszowie, ul. Skubisza 4,
tel. 17/86-30-253, w 54.*

WNIOSEK

o dofinansowanie zakupu urządzeń (wraz z montażem*) z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych.

/wypełnia osoba niepełnosprawna/Przedstawiciel ustawowy/Opiekun prawny/Pełnomocnik/

Dane dotyczące Wnioskodawcy (wypełnić drukowanymi literami)

Nazwisko:	Imię:	Imię ojca:
Data urodzenia:	Miejsce urodzenia:	
Seria i nr dowodu osobistego:	Wydany przez:	
PESEL:	Stan cywilny:	
Adres zamieszkania (ul., nr domu/mieszkania):		
Kod:	Miejscowość:	Nr tel.:
Adres zameldowania:		

Proszę o dofinansowanie zakupu:
/podać nazwę urządzenia/

.....

Przewidywany koszt zakupu: zł

Kwota wnioskowanego dofinansowania: zł (słownie
.....zł).

Uzasadnienie składanego wniosku:.....
.....
.....
.....
.....

* niepotrzebne skreślić

Informacje o Wnioskodawcy

I. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik ⁽¹⁾

1. znaczny	
• inwalidzi I grupy	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
• osoby w wieku do lat 16 posiadające orzeczenie o niepełnosprawności	
2. umiarkowany	
• inwalidzi II grupy	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy	
• inwalidzi III grupy ze względu na głuchotę lub głuchoniemotę	
3. lekki	
• pozostali inwalidzi III grupy	
• osoby częściowo niezdolne do pracy	
• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

II. Rodzaj niepełnosprawności ⁽¹⁾

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim/ osoba leżąca;	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządu słuchu i/lub mowy	
5. autyzm	
6. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
7. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

III.A. Sytuacja mieszkaniowa - zamieszkuje ⁽¹⁾

1. niepełnosprawny wnioskodawca wychowujący samotnie małoletnie dzieci	
2. samotnie	
3. z rodziną	
4. z osobami niespokrewnionymi	

III.B. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą (w tym osoby niepełnosprawne)

Nazwisko i imię	Stopień pokrewieństwa	Stopień i rodzaj niepełnosprawności		Dochód miesięczny
		stopień	rodzaj	
1.	Wnioskodawca			
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

(1) wstawić znak „x” we właściwej rubryce

IV. Sytuacja zawodowa ⁽¹⁾

1. zatrudniony / prowadzący działalność gospodarczą*	
2. młodzież w wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca*	
3. bezrobotny poszukujący pracy/rencista poszukujący pracy* (zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy)	
4. rencista / emeryt niezainteresowany podjęciem pracy*	
5. dzieci i młodzież do lat 18	

V. Oświadczenie o wysokości dochodów

Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostaje: 1 + osób (podać liczbę).

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wyniósł: zł.

Uwaga: zasilek pielęgnacyjny, rodzinny i wychowawczy, nie wlicza się do dochodu.

VI. Informacja o korzystaniu przez Wnioskodawcę ze środków finansowych PFRON ⁽¹⁾

1. Na likwidację barier w komunikowaniu się :	
a/ nie korzystał	
b/ korzystał :	
numer umowy	
rok, w którym podpisano umowę	
2. Na likwidację barier technicznych:	
a/ nie korzystał	
b/ korzystał	
numer umowy	
rok, w którym podpisano umowę	
3. Korzystał na inne cele i rozliczył się	

VII. Informacja o ewentualnym dofinansowaniu z innych źródeł, przeznaczonym na ten cel

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

(1) wstawić znak „x” we właściwej rubryce

* niepotrzebna skreślić

VIII. Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), Opiekun prawny lub Pełnomocnik

..... syn/córka*
/imię(imiona) i nazwisko/ */imię ojca/*

seria nr wydany w dniu przez.....
/dowód osobisty/

nr PESEL miejscowość

ulica nr domu nr lokalu
/adres stałego zameldowania/

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

województwo nr tel./faxu (z nr kier.)

ustanowiony Opiekunem/Pełnomocnikiem*

postanowieniem Sądu Rejonowego z dn.

sygn. Akt/ na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza
..... z dn. repet. Nr*

Uwaga:

Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.

Dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych nie przysługuje osobom niepełnosprawnym, które w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku uzyskały odpowiednio na te cele dofinansowanie ze środków Funduszu.

Oświadczenia:

- Oświadczam, że nie posiadam zaległości wobec Funduszu i nie byłem w ciągu trzech lat przed złożeniem niniejszego wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, którą rozwiązano z przyczyn leżących po mojej stronie.
- W przypadku rezygnacji z dofinansowania zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić, w formie pisemnej o niniejszym fakcie Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Rzeszowie.
- Oświadczam, że ojciec/matka dziecka nie jest pozbawiony/a władzy rodzicielskiej i wyraża/ją zgodę na ubieganie się o dofinansowanie.
- Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U. z 2018 r. poz. 1600 t.j.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O wszelkich zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się informować w formie pisemnej w ciągu 14 dni.
- Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych (RODO) w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Rzeszowie.

Rzeszów, dnia.....

.....
*/podpis Wnioskodawcy/Przedstawiciela ustawowego/
Opiekuna prawnego/Pełnomocnika*/*

* niepotrzebne skreślić

Załączniki do wniosku o dofinansowanie zakupu urządzeń (wraz z montażem) z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych:

- 1) orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy lub inne orzeczenie równoważne, a w przypadku osób do lat 16 orzeczenie o niepełnosprawności (kopia, oryginał do wglądu),
- 2) orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy lub inne orzeczenie równoważne, a w przypadku osób do lat 16 orzeczenie o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z Wnioskodawcą (kopia, oryginał do wglądu),
- 3) dowód osobisty (do wglądu),
- 4) aktualne zaświadczenie lekarskie właściwego lekarza specjalisty zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności i potwierdzające potrzebę likwidacji bariery w komunikowaniu się bądź technicznej (na druku stanowiącym załącznik do wniosku),
- 5) faktura pro-forma lub kosztorys lub oferta cenowa na wnioskowany sprzęt,
- 6) w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej – wyrok sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (kopia, oryginał do wglądu),
- 7) w przypadku reprezentowania Wnioskodawcy przez pełnomocnika – pełnomocnictwo notarialne (kopia, oryginał do wglądu).

Wypełnia MOPS

Suma uzyskanych punktów

Ocena zasadności wniosku

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
/data i podpis/

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Wypełnia lekarz specjalista

Zaświadczenie lekarskie

dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Rzeszowie w związku z ubieganiem się o dofinansowanie zakupu urządzeń ze środków PFRON w ramach likwidacji barier w komunikowaniu się/technicznych*

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia..... PESEL.....

Adres zamieszkania.....

1. Rodzaj niepełnosprawności (zaznaczyć właściwe)

- dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim lub osoba leżąca
 - dysfunkcja narządu ruchu bez konieczności poruszania się na wózku inwalidzkim
 - wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk
 - inna dysfunkcja narządu ruchu
 - dysfunkcja narządu wzroku
 - dysfunkcja narządu słuchu
 - dysfunkcja narządu mowy
 - autyzm
- inne schorzenia (jakie?).....

2. Rodzaj sprzętu potrzebnego osobie niepełnosprawnej

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

3. Uzasadnienie celowości zakupu i użytkowania w/w sprzętu w aspekcie indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej

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

.....
miejsowość i data

.....
podpis i pieczętka lekarza

* niepotrzebne skreślić