

Data wpływu:  
Nr sprawy:



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

## WNIOSEK

### o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

#### Część A – DANE WNIOSKODAWCY

##### ROLA WNIOSKODAWCY

| Nazwa pola                   | Do uzupełnienia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Wnioskodawca składa wniosek: |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Postanowieniem Sądu:         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Z dnia:                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Sygnatura akt:               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Imię i nazwisko notariusza:  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Repertorium nr:              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Zakres pełnomocnictwa:       | <input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie<br><input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania<br><input type="checkbox"/> do zawarcia umowy<br><input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku<br><input type="checkbox"/> do złożenia wniosku<br><input type="checkbox"/> inne |

##### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

| Nazwa pola      | Do uzupełnienia                                                     |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------|
| Imię:           |                                                                     |
| Drugie imię:    |                                                                     |
| Nazwisko:       |                                                                     |
| PESEL:          |                                                                     |
| Data urodzenia: |                                                                     |
| Płeć:           | <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta |

### ADRES ZAMIESZKANIA

| Nazwa pola           | Do uzupełnienia                                                  |
|----------------------|------------------------------------------------------------------|
| Miejscowość:         |                                                                  |
| Ulica:               |                                                                  |
| Nr domu:             |                                                                  |
| Nr lokalu:           |                                                                  |
| Kod pocztowy:        |                                                                  |
| Poczta:              |                                                                  |
| Rodzaj miejscowości: | <input type="checkbox"/> miasto<br><input type="checkbox"/> wieś |
| Nr telefonu:         |                                                                  |
| Adres e-mail:        |                                                                  |

### ADRES KORESPONDENCYJNY

☐ Taki sam jak adres zamieszkania

| Nazwa pola    | Do uzupełnienia |
|---------------|-----------------|
| Miejscowość:  |                 |
| Ulica:        |                 |
| Nr domu:      |                 |
| Nr lokalu:    |                 |
| Kod pocztowy: |                 |
| Poczta:       |                 |

### DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

| Nazwa pola      | Do uzupełnienia                                                     |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------|
| Imię:           |                                                                     |
| Drugie imię:    |                                                                     |
| Nazwisko:       |                                                                     |
| PESEL:          |                                                                     |
| Data urodzenia: |                                                                     |
| Płeć:           | <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta |

**ADRES ZAMIESZKANIA**

| Nazwa pola           | Do uzupełnienia                                                  |
|----------------------|------------------------------------------------------------------|
| Miejscowość:         |                                                                  |
| Ulica:               |                                                                  |
| Nr domu:             |                                                                  |
| Nr lokalu:           |                                                                  |
| Kod pocztowy:        |                                                                  |
| Poczta:              |                                                                  |
| Nr telefonu:         |                                                                  |
| Adres e-mail:        |                                                                  |
| Rodzaj miejscowości: | <input type="checkbox"/> miasto<br><input type="checkbox"/> wieś |

**STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

| Nazwa pola                                                           | Do uzupełnienia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności: | <input type="checkbox"/> tak<br><input type="checkbox"/> nie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Stopień niepełnosprawności:                                          | <input type="checkbox"/> Znaczny<br><input type="checkbox"/> Umiarkowany<br><input type="checkbox"/> Lekki<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:                  | <input type="checkbox"/> bezterminowo<br><input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Numer orzeczenia:                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Grupa inwalidzka:                                                    | <input type="checkbox"/> I grupa<br><input type="checkbox"/> II grupa<br><input type="checkbox"/> III grupa<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Niezdolność:                                                         | <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji<br><input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny<br><input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy<br><input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy<br><input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy |

|                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Rodzaj niepełnosprawności:</b>                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe<br><input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne<br><input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu<br><input type="checkbox"/> osoba głucha<br><input type="checkbox"/> osoba głuchoniema<br><input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku<br><input type="checkbox"/> osoba niewidoma<br><input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma<br><input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu<br><input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego<br><input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych<br><input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja<br><input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia<br><input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego<br><input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego<br><input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne<br><input type="checkbox"/> 11-I – inne<br><input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe |
| <b>Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:</b> | <input type="checkbox"/> tak<br><input type="checkbox"/> nie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 2 przyczyny<br><input type="checkbox"/> 3 przyczyny                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

## ŚREDNI DOCHÓD

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

☐ indywidualne ☐ wspólne

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:**

**Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:**

**KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON**

Informacja o korzystaniu ze środków PFRON obejmuje dofinansowanie otrzymane na podstawie zawartych umów. Nie należy więc wykazywać pomocy uzyskanej w ramach zadania: przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

**Ze środków finansowych PFRON:**

- ☐ nie korzystałem  
☐ korzystałem

**CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON**

| Cel dofinansowania | Nr umowy | Data zawarcia umowy | Kwota dofinansowania | Stan rozliczenia |
|--------------------|----------|---------------------|----------------------|------------------|
|                    |          |                     |                      |                  |

**Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU****PRZEDMIOT WNIOSKU**

| Nazwa pola                                                                  | Do uzupełnienia |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| <b>Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:</b>                     |                 |
| <b>Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):</b>                        |                 |
| Słownie:                                                                    |                 |
| <b>Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:</b>                 |                 |
| Słownie:                                                                    |                 |
| <b>co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:</b> |                 |
| <b>Deklarowane środki własne:</b>                                           |                 |
| <b>Inne źródła finansowania:</b>                                            |                 |
| <b>Cel dofinansowania:</b>                                                  |                 |

Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON powinna wynosić do 95% kosztów realizacji zadania.

Przewidywany koszt realizacji zadania nie powinien być większy niż suma kwoty wnioskowanej, deklарowanych środków własnych oraz innych źródeł finansowania.

## WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER

| Nazwa pola                                                                      | Do uzupełnienia |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier: |                 |
| Miejsce realizacji zadania:                                                     |                 |
| Termin rozpoczęcia:                                                             |                 |
| Przewidywany czas realizacji:                                                   |                 |

## OPIS PONIESIONYCH NAKŁADÓW

Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania

## FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

☐ Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

| Nazwa pola                          | Do uzupełnienia |
|-------------------------------------|-----------------|
| Właściciel konta (imię i nazwisko): |                 |
| Nazwa banku:                        |                 |
| Nr rachunku bankowego:              |                 |

☐ W kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)

☐ Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

## Część C – Dane dodatkowe

### SYTUACJA ZAWODOWA

- ☐ Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
- ☐ Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
- ☐ Bezrobotny poszukujący pracy
- ☐ Rencista poszukujący pracy
- ☐ Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
- ☐ Dzieci i młodzież do lat 18
- ☐ Inne / jakie?

## OŚWIADCZENIE

Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Przepisy wprowadzające Kodeks karny - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

| Miejscowość | Data | Podpis Wnioskodawcy |
|-------------|------|---------------------|
|             |      |                     |

## ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

| Lp. | Plik |
|-----|------|
|     |      |

## UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

| Lp. | Plik |
|-----|------|
|     |      |

## LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

| Lista |
|-------|
|       |