

**POWIATOWE CENTRUM
POMOCY RODZINIE
ul. Kościuszki 2
57-300 KŁODZKO
TEL. 074/ 865 81 79**

PCPR /...../
numer kolejny wniosku rok złożenia

.....
data wpływu wniosku (dzień, miesiąc, rok)

WNIOSEK

o dofinansowanie zakupu urządzeń (wraz z montażem*) lub wykonania
usług* z zakresu **likwidacji barier technicznych**

Wnioskodawca (osoba niepełnosprawna, dziecko) (proszę wypełnić drukowanymi literami)

.....
imię (imiona) i nazwisko

nr PESEL.....

mięscowość.....ulica..... nr domu..... nr lokalu
adres stałego zamieszkania

nr kodu.....-.....pocztąpowiat.....

województwonr tel./fax (z nr kier.).....

Proszę o dofinansowanie
należy podać nazwę urządzenia (ewentualny montaż), rodzaj usługi

Przewidywany koszt realizacji zadaniazł.

(słownie:zł).

Krótkie uzasadnienie składanego wniosku

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

Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na dofinansowanie likwidacji barier technicznych.

Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia
Razem		KWOTA ROZLICZONA - RAZEM		

Nazwa banku i numer rachunku bankowego na który ma być przekazane dofinansowanie

.....

Oświadczam, że powyższe dane zawarte we wniosku o dofinansowanie likwidacji barier technicznych są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

.....
(podpis Wnioskodawcy*, Przedstawiciela ustawowego*,
Opiekuna prawnego*, Pełnomocnika*)

Przedstawiciel ustawy (dla małoletniego Wnioskodawcy), Opiekun prawny lub pełnomocnik

.....
(imię, imiona i nazwisko)

Nr PESEL.....nr NIP.....

Miejscowość.....ulicanr domu.....nr lokalu.....

Nr kodu.....poczta.....powiat.....

Województwo.....nr tel./fax(z nr Kier.).....

Ustanowiony opiekunem / pełnomocnikiem *.....

(postanowieniem Sądu Rejonowego..... z dn.sygn.

Akt*/ na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza

z dnia repert. nr.....)

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU :

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik .
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z wnioskodawcą, w przypadku takich osób.
3. Oświadczenie o dochodach Wnioskodawcy- druk w załączeniu
4. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności – druk w załączeniu.
5. Zaświadczenie o pobieraniu nauki ze szkoły lub uczelni – dotyczy osób uczących się.
6. Faktura Pro-forma (oferta cenowa dotycząca wnioskowanego urządzenia).

I. Adnotacja przyjmującego wniosek

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

II. Ocena zasadności wniosku

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

III. Opinia Komisji ds. Opiniowania wniosków o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się

.....
.....

(data)

(podpisy)

IV. Decyzja o przyznaniu dofinansowania

.....
.....

(data)

(podpisy)

OŚWIADCZENIE

wnioskodawcy o dochodach

dla: Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Niniejszym 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** wynosił: zł

liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

Niniejszym oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

.....data.....
(miejsowość)

.....
(podpis wnioskodawcy/
przedstawiciela ustawowego*/ opiekuna
prawnego*/ pełnomocnika*)

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kłodzku

Dofinansowanie w ramach likwidacji barier : w komunikowaniu się*, barier technicznych*

1. Dane osoby, która wnioskuje o przyznanie dofinansowania ze środków PFRON.
 - a) Imię i Nazwisko.....
 - b) Data urodzenia.....
 - c) Miejsce zamieszkania.....
2. Rodzaj niepełnosprawności
3. Dysfunkcje związane z niepełnosprawnością.....
4. Nazwa wnioskowanego urządzenia, usługi.....
5. Uzasadnienie zaopatrzenia w/w sprzęt
.....
.....
.....
.....
.....

.....
miejsowość i data

.....
pieczęć i podpis lekarza