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

 (pieczątka jednostki przyjmującej wniosek) (numer kolejny wniosku)

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

 (data wpływu kompletnego wniosku)

# WNIOSEK

**o dofinansowanie ze środków**

**Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

**likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych**

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)

**Dane dotyczące wnioskodawcy**

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

imię/imiona i nazwisko

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

imię/imiona i nazwisko dziecka\*

PESEL................................................... nr telefonu.........................................

adres zamieszkania: **……………………………………………………………………………..**

.................................................................................................................................nazwa banku, nr rachunku bankowego

## OŚWIADCZENIE:

1. Jestem osobą samotną TAK NIE
2. We wspólnym gospodarstwie domowym wraz z wnioskodawcą pozostają ……… osoby.
3. Przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony
za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi.............................. zł.
4. Nie posiadam żadnych dodatkowych źródeł dochodu poza zawartymi w oświadczeniu.
5. Świadomy odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
6. Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku w bazie danych Powiatowego Centrum Pomocy rodzinie w Aleksandrowie Kujawskim dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji zadania likwidacja barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej, zgodnie z ustawa z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016r, poz. 922).
7. Jestem osobą zatrudnioną lub gotowa podjąć zatrudnienie TAK NIE
8. Posiadam własne środki finansowe w wysokości min. ……… %.

I. Informacja o kwotach przyznanych wcześniej ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| cel na jaki zostały przyznane środki | data i nr zawartej umowy | kwota dofinansowania | stan rozliczenia | rozwiązanie umowy z Funduszem z przyczyn leżących po stronie wnioskodawcy |
| 1. na likwidację barier architektonicznych , w komunikowaniu się i technicznych |  |  |  |  |
| 2. na inne cele ustawowe (podać jakie)* ...........................................................
* ...........................................................
* ...........................................................
 |  |  |  |  |

**II. 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**................................................................................................................

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

## III. Cel dofinansowania i uzasadnienie wnioskowanej pomocy

##

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

## Przewidywany koszt realizacji zadania .............................................................zł.

**Proszę o dofinansowanie w łącznej wysokości..................................................zł. (słownie:..........................................................................................................................................................................................................................................),**

**co stanowi …… % kosztów realizacji zadania.**

IV. Przewidywany czas realizacji zadania:

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

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

 (czytelny podpis wnioskodawcy)

**Załączniki do wniosku:**

1. Kopia ważnego orzeczenia o znacznym, umiarkowanym bądź lekkim stopniu niepełnosprawności wydanym przez zespół ds. orzekania o niepełnosprawności lub kopia orzeczenia lekarza orzecznika ZUS, bądź równoważnego orzeczenia KIZ lub orzeczenia lekarza orzecznika KRUS wydanego do 31.12.1997 r.( orzeczenia KRUS po 1.01.1998 r.
z mocy ustawy z dnia 27.08.1997 o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych Dz. U. z 2016r. poz. 2046 z późn. zm. nie są honorowane ), **\* oryginał do wglądu.**
2. W przypadku dzieci do 16 roku życia kopia orzeczenia o niepełnosprawności; **\* oryginał do wglądu.**
3. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z wnioskodawcą,
w przypadku takich osób.
4. Aktualne zaświadczenie od lekarza specjalisty określające sprawność wnioskodawcy
w zakresie narządu ruchu bądź wzroku.
5. W przypadku korzystania z innych źródeł finansowania zadania należy ten fakt udokumentować.
6. W przypadku wnioskodawcy zatrudnionego bądź gotowego podjąć zatrudnienie stosowny dokument potwierdzający zatrudnienie bądź gotowość podjęcia zatrudnienia.
7. W przypadku wnioskodawcy - dziecka i młodzieży uczącej się do 24 roku życia zaświadczenie ze szkoły o kontynuowaniu nauki.