



**I. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik:****Posiadane orzeczenie** (wstawić znak x we właściwym kwadracie)

wydane na stałe    wydane na czas określony do dnia.....

a) o stopniu niepełnosprawności:                       Znacznym    Umiarkowanym    Lekkim

b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów:         I         II         III

c)  o częściowej niezdolności do pracy / o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym ,

o całkowitej niezdolności do pracy,

o niezdolności do samodzielnej egzystencji,

d)  o niepełnosprawności (osoby do 16 roku życia)

**II. Rodzaj niepełnosprawności:** (wstawić znak x we właściwej rubryce)

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim, wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządu słuchu	
5. dysfunkcja narządu mowy	
6. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
7. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

**III. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych:**

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku)					tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)
<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>						

**VII. Informacja o ewentualnym dofinansowaniu z innych źródeł przeznaczonym na ten sam cel****Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), Opiekun prawny lub Pełnomocnik**

.....  
imię (imiona) i nazwisko

miejscowość ..... ulica.....nr domu..... nr lokalu.....  
adres stałego zameldowania

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

PESEL..... nr tel. ....

ustanowiony Opiekunem\*/Pełnomocnikiem\* .....

\*postanowieniem Sądu Rejonowego ..... z dnia. .... sygn.akt. ....

\* na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza .....  
z dnia ..... repet. .... nr .....

.....  
( podpis Wnioskodawcy\*/Przedstawiciela ustawowego\*/  
Opiekuna prawnego\*/Pełnomocnika\*)

## OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODU

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.  
Słownie:.....  
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: .....

.....  
( podpis Wnioskodawcy\*/Przedstawiciela ustawowego\*/  
Opiekuna prawnego\*/Pełnomocnika składającego oświadczenia\*)

**\*\*Przeciętny miesięczny dochód** (dochód w rozumieniu przepisu art. 3 ustawy o świadczeniach rodzinnych z dnia 28 listopada 2003r. – / t.j. Dz. U. z 2006r Nr. 139, poz. 992 z późn. zm./, tj. dochód z tytułu pracy, świadczenia emerytalno – rentowe, dochód z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej, przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach ogólnych) pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń (emerytalnego, rentowego i chorobowego) oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób.

### **OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY:**

1. Stosownie do art. 75 § 2 KPA, świadom(a) odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania zgodnie z art. 233 § 1 KK, który brzmi: „**Kto, składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3**”, oświadczam że dane zawarte w oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym. Uprzedzony/a o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 06.06.1997 r. K.K. (Dz. U. Nr 88, poz. 553) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

2. Uprzedzona(y) o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego za fałszywe zeznania oświadczam, że w okresie 3 lat przed dniem złożenia wniosku o dofinansowanie z zakresu **likwidacji barier technicznych** nie korzystałam(em) z dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do **likwidacji barier technicznych**.

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

4. W przypadku podania informacji, dochodów budzących wątpliwość, wyrażam zgodę na sprawdzenie powyższych danych przez pracownika PCPR.

5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w moim wniosku dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu decyzyjnego zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926, z późn. zm.).

.....  
( podpis Wnioskodawcy\*/Przedstawiciela ustawowego\*/  
Opiekuna prawnego\*/Pełnomocnika składającego oświadczenia\*)

.....  
*Własnoręcznie podpisuję potwierdzam  
(data i podpis przyjmującego oświadczenia)*

### **ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:**

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności. (oryginał do wglądu).
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób. (oryginał do wglądu).
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, jeżeli w rzeczeniu nie jest wymieniona przyczyna niepełnosprawności.
4. Minimum 2 oferty cenowe na zakup wnioskowanego sprzętu.
5. Pisemna informacja od wnioskodawcy wskazująca na potrzebę zakupu wnioskowanego sprzętu wraz ze wskazaniem zakresu likwidacji barier poprzez zakup wnioskowanego sprzętu.
6. Oświadczenie o wysokości dochodu – druk w załączeniu.

\* niepotrzebne skreślić