

III. Rodzaj niepełnosprawności*

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 narządów słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. zaburzenia psychiczne	
7. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

IV. Sytuacja zawodowa*

1. zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą	
2. osoba w wieku od lat 18 do 24 ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca	
3. bezrobotny poszukujący pracy/ rencista poszukujący pracy	
4. rencista, emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy	
5. dzieci i młodzież do lat 18	

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

Imię i nazwisko	Pokrewieństwo	Niepełnosprawność	
		stopień	rodzaj
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			

VI. Korzystanie ze środków finansowych PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków finansowych PFRON*			
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie			
Cel lub nazwa zadania	Numer i data zawarcia umowy	Kwota rozliczona	Termin i stan rozliczenia

* wstawić X we właściwej rubryce

VII Przedmiot dofinansowania:

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

VIII. Przewidywany koszt realizacji zadania:

.....

IX. Wysokość wnioskowanego dofinansowania ze środków Funduszu (max 95%):
.....zł (słownie:.....)

X. Wnioskowany sprzęt: nie posiadam posiadam (rocznik.....)

XI. Cel dofinansowania i miejsce realizacji zadania:

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

XII. 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:

.....

XIII. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji:

.....

XIV. Informacja udokumentowana o innych źródłach finansowania zadania (minimum 5%):

.....
.....

XV. Nazwa banku i nr rachunku bankowego:

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

Upředzony o odpowiedzialności wynikającej z art.233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (dz.U. Nr 88, poz 553) oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych PCPR Chelmno dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji mojego wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. Nr 133, poz 883).
O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

.....
Data

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy
przedstawiciela ustawowego, pełnomocnika

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

.....syn /córka.....

imię i nazwisko

imię ojca

seria.....nr.....wydany w dniu.....przez.....

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

miejscowość.....ulica.....nr domu.....nr lokalu.....

nr kodu-..... poczta..... gmina.....

powiat.....nr telefonu.....

ustanowiony opiekunem*/pełnomocnikiem*.....

(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn.....sygn. akt* / na mocy

pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza.....z dn.....

repet. nr.....)

*właściwe zaznaczyć

Załączniki do wniosku (wypełnia pracownik PCPR)

Nazwa załącznika	Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia
kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego, orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed 1 stycznia 1998 r. (oryginał do wglądu);			
kopia orzeczenia osób niepełnosprawnych pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą (oryginał do wglądu);			
aktualne zaświadczenie lekarskie od lekarza specjalisty wystawione czytelnie i w języku polskim, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności oraz wskazaniem do likwidacji barier w komunikowaniu się – na ustalonym druku;			
udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier w komunikowaniu (zaświadczenie o zameldowaniu) pobrane z właściwego urzędu miasta lub gminy (ważne 2 miesiące od daty wystawienia);			
wypełniony druk oświadczenia;			
zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy;			
w przypadku, gdy Wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego do wniosku należy dołączyć odpowiednio uwierzytelnione pełnomocnictwo lub postanowienie Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (do wnioski należy dołączyć kserokopię – oryginał do wglądu);			
w przypadku osób uczących się lub studiujących aktualne zaświadczenie ze szkoły/uczelni o kontynuowaniu nauki; w przypadku pobierania nauki w ramach toku indywidualnego nauczania lub kształcenia specjalnego należy dostarczyć zaświadczenie wydane przez odpowiedni organ o takiej konieczności;			

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów-data i podpis pracownika PCPR

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja niżej podpisany/a

.....
zam.....
legitymujący się dowodem osobistym seria.....numer.....
wydanym w dniu.....przez.....
uprzedzony o odpowiedzialności wynikającej z art.233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r.
Kodeks Karny (dz.U. Nr 88, poz 553) – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy
oświadczam co następuje:

1. 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.....
Słownie:.....

2. Posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego sprzętu w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej (minimum 5%).

3. Nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu i rozwiązaną z przyczyn leżących po mojej stronie.

4. W ciągu 3 lat przed złożeniem tego wniosku nie uzyskałem/am dofinansowania ze środków PFRON na likwidację barier o których mowa w niniejszym wniosku.

5. Wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych PCPR Chełmno dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji mojego wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r, Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

6. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować PCPR w ciągu 14 dni od ich zaistnienia.

7. Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem

.....
Miejscowość

.....
data

.....
podpis

Proszę wypełnić w języku polskim
Zaświadczenie lekarskie o rodzaju niepełnosprawności
Dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

Rozpoznanie (w języku polskim).....

.....

.....

Niepełnosprawność dotyczy narządu/układu.....

Sprawność danego narządu/układu sprawia trudności w stopniu:

- znacznym
- umiarkowanym
- lekkim

Sprawność

kończyn górnych:

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowicie niesprawne

kończyn dolnych:

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowicie niesprawne

Osoba porusza się:

- samodzielnie
- z częściową pomocą
- wyłącznie z pomocą
- na wózku inwalidzkim
- jest osobą leżącą

Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze:

.....

.....

.....

Informacje uzupełniające (rokowania):.....

.....

.....

Osoba wymaga likwidacji barier w komunikowaniu się* tak nie

.....

data

.....

pieczęć i podpis lekarza specjalisty

*Bariery w komunikowaniu się to ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające osobie niepełnoprawnej swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji.