

Nr wniosku

data wpływu

WNIOSEK

o dofinansowanie zakupu urządzeń (wraz z montażem) lub wykonania usług z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się

A. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY (wypełnić drukowanymi literami)

NAZWISKO I IMIĘ IMIĘ OJCA

SERIA NR wydany w dniu przez
(dowód osobisty)

PESEL NIP

KOD-..... OLSZTYN,
(ulica, nr domu, nr mieszkania)

TELEFON /FAX (z nr kier.)

Proszę o dofinansowanie

.....
nazwa urządzenia (ewentualny montaż), rodzaj usługi

w łącznej wysokości zł, słownie

co stanowi % ceny brutto, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł.

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków PFRON kwotą dofinansowania.

Uzasadnienie wniosku

.....

.....

.....

.....

Informacje o wnioskodawcy

I. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (wstawić znak X we właściwej rubryce)

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

I.a STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (GRUPA)

1.	znacznym: inwalidzi I grupy, osoby całkowicie niezdolne do pracy i samodzielnej egzystencji, osoby w wieku do 16 lat pobierające zasiłek pielęgnacyjny bądź posiadające orzeczenie o niepełnosprawności	
2.	umiarkowany: inwalidzi II grupy, osoby całkowicie niezdolne do pracy	
3.	lekki: pozostali inwalidzi III grupy, osoby częściowo niezdolne do pracy	

II. OSOBY POZOSTAJĄCE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z WNIOSKODAWCĄ

Lp.	NAZWISKO I IMIĘ	POKREWIEŃSTWO	DOCHÓD MIESIĘCZNY BRUTTO
	WNIOSKODAWCA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
		RAZEM	

III. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW FINANS. PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH (wstawić X we właściwej rubryce)

1.	na likwidację barier urbanistycznych, architektonicznych i w komunikowaniu się	
	a) nie korzystał	
	b) korzystał	
	* przedmiot dofinansowania	
	* data otrzymania dofinansowania	
	* kwota dofinansowania	
2.	korzystał na inne cele ustawowe i rozliczył się	
3.	korzystał na inne cele ustawowe i jest w trakcie rozliczania	
4.	korzystał i nie rozliczył się	

IV. INFORMACJE O EWENTUALNYM DOFINANSOWANIU Z INNYCH ŹRÓDEŁ PRZEZNACZONYCH NA TEN CEL

.....

Olsztyn dnia:

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

Upředzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2, i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. - Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Olsztyn dnia:

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

Oświadczenie wnioskodawcy dotyczące zgody na przetwarzanie danych osobowych

Oświadczam że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych - Miejski Zespół ds. Rehabilitacji Zawodowej i Społecznej Osób Niepełnosprawnych w Olsztynie, ul. Prosta 23A, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2014r. poz. 1182).

Olsztyn dnia:

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

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

..... (nazwisko i imiona), (imię ojca)

seria nr dowodu osobistego wydanego w dniu przez

ADRES

nr kodu - poczta województwo/powiat

..... miejscowość

ulica nr domu nr mieszkania

ustanowiony opiekunem* / pełnomocnikiem*

(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. sygn. akt*, na mocy pełnomocnictwa* potwierdzonego przez notariusza z dn. repert. nr)

.....
 (* niepotrzebne skreślić)

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:

- *kopia orzeczenia, o którym mowa w pkt I.a wniosku*
- *dokumenty potwierdzające dochód wnioskodawcy i osób pozostających z wnioskodawcą we wspólnym gospodarstwie domowym.*
- *kopia decyzji o przyznaniu zasiłku pielęgnacyjnego, w przypadku jego pobierania*
- *kopia decyzji o przyznaniu świadczeń pomocy społecznej, jeśli takie występują*
- *kopia odpisu wyroku sądowego o ustanowieniu opiekuna lub kuratora, kopia odpisu o ustanowieniu rodziny zastępczej, jeśli takie występują*