

Nr wniosku

.....
data złożenia wniosku

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych

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 urządzeń technicznych

całkowity koszt zł, słownie

INFORMACJE O WNIOSKODAWCY

I. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (GRUPA)

1.	znaczny: inwalidzi I grupy, osoby całkowicie niezdolne do pracy i samodzielnej egzystencji, osoby w wieku do 16 lat pobierające zasiłek pielęgnacyjny	
2.	umiarkowany: inwalidzi II grupy, osoby całkowicie niezdolne do pracy	
3.	lekki: inwalidzi III grupy, osoby częściowo niezdolne do pracy	

II. OSOBY POZOSTAJĄCE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z WNIOSKODAWCĄ

Lp.	NAZWISKO I IMIĘ	POKREWIEŃSTWO	DOCHÓD MIESIĘCZNY NETTO POMNIEJSZY O ZASIŁEK PIELĘGNACYJNY, RODZINNY, ALIMENTY
	WNIOSKODAWCA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
		RAZEM	

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

1.	<i>na likwidację barier technicznych</i>	
	<i>a) nie korzystał</i>	
	<i>b) korzystał</i>	
	<i>* przedmiot dofinansowania</i>	
	<i>* data otrzymania dofinansowania</i>	
	<i>* kwota dofinansowania</i>	
2.	<i>korzystał na inne cele ustawowe i rozliczył się</i>	
3.	<i>korzystał na inne cele ustawowe i jest w trakcie rozliczania</i>	
4.	<i>korzystał i nie rozliczył się</i>	

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*)

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:

- o kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27. sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych
- o dokumenty potwierdzające dochód z ostatnich 3 miesięcy wnioskodawcy i osób pozostających z wnioskodawcą we wspólnym gospodarstwie domowym.
- o kopia decyzji o przyznaniu świadczeń pomocy społecznej, jeśli takie występują
- o kopia odpisu wyroku sądowego o ustanowieniu opiekuna lub kuratora, kopia odpisu o ustanowieniu rodziny zastępczej, jeśli takie występują