



**Stopień niepełnosprawności** (wstawić X we właściwej rubryce)

znaczny – (inwalidzi I grupy, osoby całkowicie niezdolne do pracy i samodzielnej egzystencji oraz osoby o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny na podstawie orzeczenia wydanego przed 1998 r.)	
umiarkowany – (inwalidzi II grupy oraz osoby całkowicie niezdolne do pracy)	
lekki – (pozostali inwalidzi III grupy, osoby częściowo niezdolne do pracy oraz osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym na podstawie orzeczenia wydanego przed 1998 r.)	
osoba w wieku do lat 16 z orzeczeniem o niepełnosprawności.	

**Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą**

		Stopień niepełnosprawności (jeśli dotyczy)	Przeciętny miesięczny dochód (netto), obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek *
1.	Wnioskodawca:		
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – <b>poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą</b>			
2.			
3.			
4.			
5.			
<b>RAZEM:</b>			

\* jest to dochód wszystkich wspólnie zamieszkujących i prowadzących wspólne gospodarstwo domowe osób, obliczany za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek, w rozumieniu ustawy o świadczeniach rodzinnych, pomniejszony o podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób.

**II. INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON**

Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON		<input type="checkbox"/> Tak (należy wypełnić tabelę) <input type="checkbox"/> Nie	
Cel dofinansowania	Nr umowy	Data przyznania dofinansowania	Stan rozliczenia
Likwidacja barier architektonicznych			
Likwidację barier technicznych			
Likwidacja barier w komunikowaniu się			
Zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny			
Inny (jaki) .....			

**III. INFORMACJE O PRZEDMIOCIE DOFINANSOWANIA - cel dofinansowania.**

**1. Uzasadnienie potrzeby likwidacji barier w komunikowaniu się ze wskazaniem istniejących barier:**

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

**2. Wnioskuje o dofinansowanie do zakupu:**

Lp.	Nazwa sprzętu wraz z montażem lub wykonanie usług	Przewidywany koszt realizacji (w zł)
RAZEM		

*(Wnioskodawca we własnym zakresie dokonuje rozpoznania cen (brutto) zakupu sprzętów oraz kosztów wykonania usług, związanych z likwidacją barier w komunikowaniu się)*

**3. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania: .....zł**

(słownie:..... zł),

co stanowi maksymalnie 95 % kwoty brutto kosztów planowanego przedsięwzięcia.

**4. Udział własny w kosztach realizacji zadania ..... zł**

(słownie:..... zł),

co stanowi minimum 5 % kwoty brutto kosztów planowanego przedsięwzięcia.

**5. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę: ..... zł.**

*(do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek)*

**6. Dotychczasowe źródła finansowania: .....**

**7. Informacja o innych źródłach finansowania zadania**

*(Proszę podać czy uzyskał/a Pan/i dodatkowe środki na likwidację barier w komunikowaniu się z innych źródeł (np. od OPS, sponsora, fundacji).*

Wartość: .....

Źródła finansowania: .....



9. Przyjmuję do wiadomości, że złożenie wniosku o dofinansowanie nie jest równoznaczne z jego przyznaniem. Nie gwarantuje też, że kwota przyznanego dofinansowania będzie równa oczekiwanej przez Wnioskodawcę.
10. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni od ich powstania.
11. Oświadczam, że są mi znane następujące informacje:
- a) dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się nie przysługuje osobom niepełnosprawnym, które w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku uzyskały odpowiednio na ten cel dofinansowanie ze środków Funduszu,
  - b) dofinansowanie nie przysługuje osobom, które w ciągu 3 lat przed dniem złożenia wniosku były, stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie tej osoby,
  - c) dofinansowanie nie przysługuje, jeżeli Wnioskodawca ma zaległości wobec Funduszu,
  - d) dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie,
  - e) podstawę dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych stanowi umowa zawarta pomiędzy Starostą Poznańskim reprezentowanym przez Dyrektora PCPR a Wnioskodawcą,
  - f) nieusunięcie ewentualnych uchybień we wniosku w wyznaczonym przez PCPR terminie 30 dni, skutkować będzie pozostawieniem wniosku bez rozpatrzenia,
  - g) niniejszy wniosek zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i uchwaleniu planu finansowego na dany rok.

*\* niepotrzebne skreślić*

.....  
*podpis Wnioskodawcy\*/ przedstawiciela ustawowego\*/  
opiekuna prawnego / pełnomocnika*

## ZAŁĄCZNIKI (DOKUMENTY) WYMAGANE DO WNIOSKU

Lp.	Nazwa załącznika	Wypełnia pracownik PCPR		
		Załączono do wniosku TAK/NIE	Uzupełniono TAK / NIE	Data uzupełnienia /uwagi/
1.	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub inne równoważne potwierdzające niepełnosprawność Wnioskodawcy i innych osób wspólnie zamieszkujących – oryginały do wglądu			
2.	Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające opis przyczyny niepełnosprawności i szczegółowe uzasadnienie, że osoba ma trudności w komunikowaniu się – według załącznika <i>(zaświadczenie ważne 3 miesiące od daty wystawienia)</i>			
3.	Oferta cenowa od sprzedawcy			
4.	W przypadku osoby uczącej się dodatkowo opinia psychologa/pedagoga szkolnego uzasadniająca potrzebę posiadania komputera w celu komunikowania się lub orzeczenie o potrzebie kształcenia indywidualnego			
5.	Dokument potwierdzający posiadanie innych źródeł finansowania, <i>(jeśli dotyczy)</i>			
6.	Kopia pełnomocnictwa lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego – oryginał do wglądu			

.....  
Podpis pracownika PCPR

**Załącznik do wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się**

....., dnia .....  
(miejscowość)

.....  
**Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej**

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko.....PESEL.....

Adres zamieszkania.....

**1. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole Lp. oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):**

Lp.	Uszkodzenie narządów, układów oraz choroby współistniejące i wynikające z nich trudności w komunikowaniu się	Pieczętka i podpis lekarza
1.	Poruszający się na wózku inwalidzkim	
2.	Znaczny niedowład kończyn dolnych	
3.	Osoba głucha	
4.	Osoba niedosłysząca	
5.	Osoba niewidoma	
6.	Osoba niedowidząca	
7.	Osoba niema	
8.	Inne, (jakie).....	

**2. Inne schorzenia Pacjenta utrudniające komunikowanie się i porozumiewanie z innymi ludźmi (szczegółowe uzasadnienie):\***

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

.....  
**Pieczętka i podpis lekarza**

*\*Bariery w komunikowaniu się to ograniczenie uniemożliwiające lub utrudniające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się lub przekazywanie i pozyskiwanie informacji. Należy uzasadnić, że osoba ma trudności w porozumiewaniu się i przekazywaniu informacji w związku z istniejącą przyczyną niepełnosprawności*