



## Krótkie uzasadnienie składanego wniosku

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

## Informacje o Wnioskodawcy

### I. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik<sup>(1)</sup>

1. znaczny	
• inwalidzi I grupy,	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji,	
• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny,	
• osoby w wieku do lat 16 ( w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat), którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
2. umiarkowany,	
• inwalidzi II grupy,	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy,	
• inwalidzi II grupy za względu na głuchotę lub głuchoniemotę	
3. lekki,	
• pozostali inwalidzi III grupy,	
• osoby częściowo niezdolne do pracy,	
• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

### II. Rodzaj niepełnosprawności<sup>(1)</sup>

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	
5. dysfunkcja narządów mowy	
6. deficyt rozwojowy ( upośledzenie umysłowe)	
7. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

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

Imię i nazwisko - pokrewieństwo	niepełnosprawność		Dochód miesięczny netto [zł]
	stopień <sup>(2)</sup>	rodzaj <sup>(3)</sup>	
1.	<b>WNIOSKODAWCA</b>		
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

### IV. Sytuacja zawodowa<sup>(1)</sup>

1. zatrudniony */ prowadzący działalność gospodarczą	
2. młodziż 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 młodziż do lat 18	

(1) proszę wstawić X we właściwej rubryce

(2) proszę wstawić właściwe oznaczenia cyfrowe z tablicy I.

(3) proszę wstawić właściwe oznaczenia cyfrowe z tablicy I.

\* niepotrzebne skreślić

**V. Średni dochód miesięczny (netto) na osobę w gospodarstwie domowym  
Wnioskodawcy. <sup>(1)</sup>**

1. poniżej 100.00 zł	
2. 101.00 - 200.00 zł	
3. 201.00 - 300.00 zł	
4. 301.00 - 400.00 zł	
5. 401.00 - 500.00 zł	
6. 501.00 - 600.00 zł	
7. 601.00 - 700.00 zł	
8. 701.00 - 800.00 zł	
9. powyżej 800.00 zł	

**VI. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych <sup>(1)</sup>**

na likwidację barier w komunikowaniu się, technicznych:	
1.1. nie korzystałem	
1.2. korzystałem (w tym ze środków przyznanych przez WOZiRON	
a) przedmiot dofinansowania .....	
b) data otrzymania dofinansowania .....	
c) kwota dofinansowania [zł].....	
2. korzystałem na inne cele ustawowe i rozliczyłem się	
3. korzystałem na inne cele ustawowe i jestem w trakcie rozliczenia	
4. korzystałem i nie rozliczyłem się	

**VII. Informacja o ewentualnym dofinansowaniu z innych źródeł, przeznaczonych na ten sam cel**

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

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 zobowiązuje się informować w ciągu 14 dni.

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

DANE OPIEKUNA/ PEŁNOMICNIKA

.....syn/córka\*.....  
 imię (imiona) i nazwisko ..... imię ojca

seria ..... nr ..... wydany w dniu ..... przez .....  
 dowód osobisty

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

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

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

województwo ..... nr tel./faxu ( z nr kier.) .....

ustanowiony Opiekunem\*/ Pełnomocnikiem .....

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

\*na mocy pełnomocnictwo potwierdzonego przez Notariusza .....

z dn ..... repet.nr .....

<sup>1)</sup> wstawić X we właściwej rubryce  
 \*niepotrzebne skreślić

**Załączniki do wniosku:**

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik.
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu i zaleceniu.
4. Zaświadczenie\*/oświadczenie\* o dochodach Wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą (**PITY ZA ROK POPRZEDZAJĄCY SKŁADANY WNIOSEK**).
5. Kopia decyzji o przyznaniu zasiłku pielęgnacyjnego, w przypadku jego pobierania.
6. Kopia decyzji o przyznaniu świadczeń pomocy społecznej, jeśli takie występują.
7. Pełnomocnictwo notarialne w sytuacji gdy osoba niepełnosprawna nie może przybyć do PCPR.
8. Kserokopia dowodu osobistego (dane osobowe i adres zameldowania) Wnioskodawcy i Pełnomocnika/ Opiekuna

**W przypadku dofinansowania do zakupu komputera:**

- orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego lub do nauczania indywidualnego lub opinia o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka lub orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych ze względu na niepełnosprawność wystawione przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną, z których wynika wskazanie do korzystania ze sprzętu komputerowego w procesie rehabilitacji (dzieci i młodzież),
- zaświadczenie lekarskie – lekarza specjalisty o potrzebie rehabilitacji leczniczej, społecznej lub zawodowej przy użyciu sprzętu komputerowego (osoby dorosłe),

**Dofinansowanie innych przedmiotów i urządzeń:**

- zaświadczenie lekarskie – lekarza specjalisty

Adnotacja przyjmującego wniosek

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

I. Ocena zasadności wniosku.

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

.....  
(podpis)

II. Opinia Komisji ds. opiniowania wniosków o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się

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

.....  
podpis)

III. Decyzja o przyznaniu dofinansowania

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

.....  
podpis)