

.....  
nazwa jednostki rozpatrującej wniosek

.....  
data wpływu wniosku

.....  
data rejestracji w systemie komputerowym

.....  
numer wniosku

## **W N I O S E K**

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do  
likwidacji barier technicznych dla osoby niepełnosprawnej**

### 1. Wnioskodawca (proszę wypełnić drukowanymi literami)

Nazwisko i imię		Imiona rodziców	
PESEL		Nr NIP	
Kod pocztowy	Katowice	ulica, nr	
Dowód osobisty	Seria	Nr	wydany w dniu przez
telefon	tel.komórkowy		

### 2. Przedmiot dofinansowania .....

należy podać nazwę urządzenia (ewentualny montaż),rodzaj usługi

.....

.....

**3. Oświadczam, że mój miesięczny dochód** (pomniejszony o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne) wynosi: ..... złotych, oraz że prowadzę wspólne gospodarstwo domowe z następującymi osobami, które uzyskują podane niżej dochody :

Imię i nazwisko	Pokrewieństwo	Stopień niepełnosp.	Rodzaj niepełnosp.	Dochód miesięczny (złotych)

## Informacje o Wnioskodawcy

### Rodzaj niepełnosprawności

1.	dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim;	
2.	Wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	
3.	inna dysfunkcja narządu ruchu	
4.	dysfunkcja narządu wzroku	
5.	dysfunkcja narządu słuchu	
6.	dysfunkcja narządu mowy	
7.	deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
8.	niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
9.	inny (jaki?)	

4. Nazwa banku: .....,  
numer rachunku bankowego: .....

5. Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania: .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

6. Przewidywany koszt realizacji zadania: .....

7. Przewidywany termin rozpoczęcia zadania: ....., przewidywany czas realizacji zadania: .....

8. 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 dofinansowania: .....

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

9. Informacja o innych źródłach finansowania zadania, potwierdzona odpowiednimi dokumentami: .....

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

## 10. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Cel (nazwa zadania ustawowego oraz /lub nazwa programu celowego, w ramach którego przyznana została pomoc)	Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Termin rozliczenia	Kwota rozliczona
	Razem kwota przyznana:		Razem kwota rozliczona:	

### Inne informacje, które Wnioskodawca uważa za istotne:

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

### 11. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków Funduszu:

....., słownie: .....

Zostałem/łam poinformowany/na, że kwota dofinansowania do likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych wynosi do 95% kosztów przedsięwzięcia ( w przypadku ograniczonych środków finansowych procent dofinansowania może ulec zmniejszeniu) oraz, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu. Oświadczam, że w przypadku przyznania dofinansowania będę dysponował/ła środkami finansowymi na opłacenie udziału własnego w postaci różnicy pomiędzy kwotą dofinansowania, ewentualnym dofinansowaniem z innych źródeł, a całkowitym kosztem realizacji zadania.

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się poinformować Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Katowicach.

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

**Przedstawiciel ustawy (dla małoletniego Wnioskodawcy), Opiekun prawny lub Pełnomocnik**

..... 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 .....

ustanowiony Opiekunem\* / Pełnomocnikiem\* .....

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

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

z dnia ..... repet. Nr .....

\* niepotrzebne skreślić

**Załączniki do wniosku:**

Nazwa załącznika ( kolejno ponumerowanego )		Informacja jednostki przyjmującej wniosek
1	Kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r, o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych	
2	Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą, jeżeli są takie osoby	
3	Aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu	
4	Zgoda właściciela budynku lub lokalu mieszkalnego, jeśli taka zgoda jest wymagana	
5	Faktura pro-forma lub kosztorys na wymieniony we wniosku sprzęt	
6	Inne	

**Adnotacje przyjmującego wniosek (wypełnia MOPS )**

.....

.....

**Ocena zasadności wniosku**

.....

.....

.....

.....

.....

( podpis )

**Decyzja o przyznaniu dofinansowania**

.....

.....

.....

.....

.....

( podpis )