

.....  
pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych [Dz. U. z 2002r. Nr 96, poz.861]

**WNIOSEK**  
**o dofinansowanie likwidacji barier technicznych**

**WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI!!!**

**Wnioskodawca ( dane osoby niepełnosprawnej)**

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....  
(miejscowość, ulica, nr domu)

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

nr PESEL |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| nr NIP |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| (w przypadku nadania)

nr tel/faxu ..... e-mail.....

**Przedmiot dofinansowania:**

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

**Przewidywany koszt realizacji zadania (w zł):**

Cyframi:..... (słownie: .....zł)

**Krótkie uzasadnienie składanego wniosku:**

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

**I. Stopień niepełnosprawności <sup>(1)</sup>**

1. znaczny,	
• inwalidzi I grupy	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolnej do samodzielnej egzystencji	
• osoby o 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 III grupy ze 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 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	

**III. Sytuacja zawodowa <sup>(1)</sup>**

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

**IV. Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje <sup>(1)</sup>**

1. samotnie	
2. z rodziną	
3. z osobami nie spokrewnionymi	

**V. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą (w tym osoby niepełnosprawne)**

Imię i nazwisko	pokrewieństwo	niepełnosprawność	
		rodzaj <sup>(2)</sup>	rodzaj <sup>(3)</sup>
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

**VI. Średni miesięczny dochód 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	

(1) proszę wstawić znak X we właściwej rubryce

(2) proszę wstawić właściwe oznaczenie cyfrowe z tablicy I

(3) proszę wstawić właściwe oznaczenie cyfrowe z tablicy II

\* właściwe zaznaczyć

**VII. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych:**

Tak ☐ Nie ☐ Jeśli tak, podać na jaki cel:

Cel (nazwa programu i /lub zadania ustawowego, w ramach którego przyznana została pomoc	Nr i data zawarcia umowy	Kwota wykorzystana	Kwota rozliczona

**Oświadczam, że :**

Nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz nie byłem/am w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych [Dz. U. z 2002r.. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.].

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

(podpis Wnioskodawcy\*, przedstawiciela ustawowego\*  
opiekuna prawnego\* pełnomocnika\*)

**Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik**

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

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

PESEL ||||| NIP ||||-|||-||||

miejscowość.....ulica.....nr domu.....nr lokalu.....  
*dokładny adres*

nr kodu.....-.....poczt.....powiat.....

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

ustanowiony opiekunem\*/ pełnomocnikiem\* .....

(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn.. ..... sygn. akt\*/ na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez  
Notariusza ..... z dn. .... repert. nr.....)

\* właściwe zaznaczyć

**Załączniki do wniosku :**

- orzeczenie o stopniu niepełnosprawności – oryginał dokumentu lub kopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez organ który, wydał dokument lub organ, który jest w posiadaniu tego dokumentu lub poświadczony dokument przez notariusza;
- aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności oraz wynikających z niej dysfunkcji utrudniających samodzielne funkcjonowanie;
- oświadczenie o dochodach wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z wnioskodawcą,
- zaświadczenie o zatrudnieniu – dotyczy osób pracujących.

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres

**SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU DOFINASOWANIA**  
(wypełnia sprzedawca/dostawca)

Lp.	Nazwa urządzenia	Cena
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
RAZEM:		

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis Sprzedawcy/Dostawcy)

## O Ś W I A D C Z E N I E

**o wysokości dochodów i liczbie członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym**

Nazwisko i imię wnioskodawcy: .....

Adres zamieszkania.....  
(miejscowość, ulica, nr domu)

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą	Średni miesięczny dochód*
<b>Dane dotyczące Wnioskodawcy:</b>			
1.			
<b>Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego:</b>			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
<b>RAZEM</b>			

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za **kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku**, wynosił

..... zł ..... gr.

Powyższy dochód nie jest obciążony z tytułu wyroków sądowych lub innych tytułów.

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych [Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.].

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis Wnioskodawcy\*, przedstawiciela ustawowego\*  
opiekuna prawnego\* pełnomocnika\*)

**\* Określony w oświadczeniu dochód - oznacza to dochód po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób:**

1. przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach ogólnych na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych, pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne,
2. deklarowany w oświadczeniu dochód z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o ryczałtowym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, pomniejszony o należny zryczałtowany podatek dochodowy i składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne,
3. inne dochody niepodlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych:
  - renty określone w przepisach o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin,
  - renty wypłacone osobom represjonowanym i członkom ich rodzin, przyznane na zasadach określonych w przepisach o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin,
  - świadczenia pieniężne oraz ryczałt energetyczny określone w przepisach o świadczeniu pieniężnym i uprawnieniach przysługujących żołnierzom zastępczej służby wojskowej przymusowo zatrudnianym w kopalniach węgla, kamieniołomach, zakładach rud uranu i batalionach budowlanych,
  - dodatek kombatancki, ryczałt energetyczny i dodatek kompensacyjny określone w przepisach o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego,
  - świadczenie pieniężne określone w przepisach o świadczeniu pieniężnym przysługującym osobom deportowanym do pracy przymusowej oraz osadzonym w obozach pracy przez III Rzeszę Niemiecką lub Związek Socjalistycznych Republik Radzieckich,
  - emerytury i renty otrzymywane przez osoby, które utraciły wzrok w wyniku działań wojennych w latach 1939-1945 lub eksplozji pozostałych po tej wojnie niewypałów i niewybuchów,
  - renty inwalidzkie z tytułu inwalidztwa wojennego, kwoty zaopatrzenia otrzymywane przez ofiary wojny oraz członków ich rodzin, renty wypadkowe osób, których inwalidztwo powstało w związku z przymusowym pobytem na robotach w III Rzeszy Niemieckiej w latach 1939-1945, otrzymywane z zagranicy,
  - zasiłki chorobowe określone w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników oraz w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych,
  - środki bezzwrotnej pomocy zagranicznej otrzymywane od rządów państw obcych, organizacji międzynarodowych lub międzynarodowych instytucji finansowych, pochodzące ze środków bezzwrotnej pomocy przyznanych na podstawie jednostronnej deklaracji lub umów zawartych z tymi państwami, organizacjami lub instytucjami przez Radę Ministrów, właściwego ministra lub agencje rządowe, w tym również w przypadkach, gdy przekazanie tych środków jest dokonywane za pośrednictwem podmiotu upoważnionego do rozdzielania środków bezzwrotnej pomocy zagranicznej na rzecz podmiotów, którym służyć ma ta pomoc,
  - należności ze stosunku pracy lub z tytułu stypendium osób fizycznych mających miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, przebywających czasowo za granicą - w wysokości odpowiadającej równowartości diet z tytułu podróży służbowej poza granicami kraju ustalonych dla pracowników zatrudnionych w państwowych lub samorządowych jednostkach sfery budżetowej na podstawie ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94, z późn. zm.<sup>2)</sup>),
  - należności pieniężne wypłacone policjantom, żołnierzom, celnikom i pracownikom jednostek wojskowych i jednostek policyjnych użytych poza granicami państwa w celu udziału w konflikcie zbrojnym lub wzmocnienia sił państwa albo państw sojusznicznych, misji pokojowej, akcji zapobieżenia aktom terroryzmu lub ich skutkom, a także należności pieniężne wypłacone żołnierzom, policjantom, celnikom i pracownikom pełniącym funkcje obserwatorów w misjach pokojowych organizacji międzynarodowych i sił wielonarodowych,
  - należności pieniężne ze stosunku służbowego otrzymywane w czasie służby kandydackiej przez funkcjonariuszy Policji, Państwowej Straży Pożarnej, Straży Granicznej i Biura Ochrony Rządu, obliczone za okres, w którym osoby te uzyskały dochód,
  - dochody członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych z tytułu członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej, pomniejszone o składki na ubezpieczenia społeczne,
  - alimenty na rzecz dzieci,
  - stypendia określone w przepisach o systemie oświaty, przepisach Prawo o szkolnictwie wyższym oraz w przepisach o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki, a także inne stypendia przyznawane uczniom lub studentom,
  - kwoty diet nieopodatkowane podatkiem dochodowym od osób fizycznych, otrzymywane przez osoby wykonujące czynności związane z pełnieniem obowiązków społecznych i obywatelskich,
  - należności pieniężne otrzymywane z tytułu wynajmu pokoi gościnnych w budynkach mieszkalnych położonych na terenach wiejskich w gospodarstwie rolnym osobom przebywającym na wypoczynku oraz uzyskane z tytułu wyżywienia tych osób,
  - dodatki za tajne nauczanie określone w ustawie z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2006r. Nr 97, poz. 674),
  - dochody uzyskane z działalności gospodarczej prowadzonej na podstawie zezwolenia na terenie specjalnej strefy ekonomicznej określonej w przepisach o specjalnych strefach ekonomicznych,
  - ekwiwalenty pieniężne za deputaty węglowe określone w przepisach o komercjalizacji, restrukturyzacji i prywatyzacji przedsiębiorstwa państwowego "Polskie Koleje Państwowe",
  - ekwiwalenty z tytułu prawa do bezpłatnego węgla określone w przepisach o restrukturyzacji górnictwa węgla kamiennego w latach 2003-2006,
  - świadczenia określone w przepisach o wykonywaniu mandatu posła i senatora,
  - dochody uzyskane z gospodarstwa rolnego,
  - dochody uzyskiwane za granicą Rzeczypospolitej Polskiej, pomniejszone odpowiednio o zapłacone za granicą Rzeczypospolitej Polskiej: podatek dochodowy oraz składki na obowiązkowe ubezpieczenie społeczne i obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne,
  - renty określone w przepisach o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich ze środków pochodzących z Sekcji Gwarancji Europejskiego Funduszu Orientacji i Gwarancji Rolnej oraz w przepisach o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich z udziałem środków Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich,
  - zaliczkę alimentacyjną określoną w przepisach o postępowaniu wobec dłużników alimentacyjnych oraz zaliczce alimentacyjnej;

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

**Wypełnia lekarz specjalista**

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

do potrzeb ubiegania się przez osobę niepełnosprawną o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
**do likwidacji barier technicznych**

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Nr PESEL | | | | | | | | | | | |

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....

.....

.....

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności:

.....

.....

.....

3. Uzasadnienie celowości likwidacji barier technicznych w aspekcie indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej:

.....

.....

.....

.....  
 miejscowość i data

.....  
pieczętka i podpis lekarza