



# Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Skarżysku - Kamiennej

26-110 Skarżysko-Kamienna, Plac Floriański 1, Tel. 41 252 19 53 wew. 42  
e-mail: [pcpr.sko@wp.pl](mailto:pcpr.sko@wp.pl) [www.pcprskarzysko.pl](http://www.pcprskarzysko.pl)

Wniosek złożono w PCPR  
W dniu.....200..... roku  
Nr sprawy.....

## WNIOSEK

**o dofinansowanie\* zakupu urządzeń (wraz z montażem) lub wykonania usług\* z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się**

### A. Dane dotyczące Wnioskodawcy (proszę wypełnić drukowanymi literami)

.....syn/córka.....  
*imię (imiona) i nazwisko* *imię ojca*  
seria.....nr.....wydany w dniu.....przez.....  
*dowód osobisty*  
nr PESEL.....nr NIP.....

### Adres – miejsce realizacji zadania.

mięscowość.....ulica.....nr domu.....nr lokalu.....  
*dokładny adres*  
nr kodu.....-.....poczta.....powiat.....  
województwo.....nr tel./faxu (z nr kier.).....

### Krótkie uzasadnienie składanego wniosku

### I. Stopień niepełnosprawności <sup>1</sup>

1. znaczny,	
<ul style="list-style-type: none"><li>• inwalidzi I grupy</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• osoby w wieku do lat 16 ( w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat), którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny)</li></ul>	
2. umiarkowany	
<ul style="list-style-type: none"><li>• inwalidzi II grupy</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• osoby całkowicie niezdolne do pracy</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• inwalidzi II grupy ze względu na głuchotę lub głuchoniemotę</li></ul>	
3. lekki	
<ul style="list-style-type: none"><li>• pozostali inwalidzi III grupy</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• osoby częściowe niezdolne do pracy</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym</li></ul>	

<sup>1</sup> proszę wstawić X we właściwej rubryce

\* niepotrzebne skreślić

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

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; osoby po amputacji kończyn; osoby niewidome, głuche, głuchonieme	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
<b>punktacja</b>	

## III. Sytuacja zawodowa<sup>1</sup>

1. zatrudniony * /prowadzący działalność gospodarczą *	
2. osoba w wieku od 18 lat 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	
<b>punktacja</b>	

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

Imię i nazwisko - pokrewieństwo	niepełnosprawność		średni dochód miesięczny [zł]*
	stopień	rodzaj	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

<b>Łączna punktacja za stopień i rodzaj niepełnosprawności osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym</b>	
---	--

## V. Średni dochód miesięczny\*\* 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	
<b>punktacja</b>	

\*\*średni dochód miesięczny - w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych, pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego określona w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczonym za okres ostatnich trzech miesięcy poprzedzających miesiąc, w którym składany jest wniosek.

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

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

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON?				Tak:	Nie:
Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznania	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia*	Źródło PFRON WOZiRON samorząd powiatowy
Razem:		Kwota rozliczona			

**\* o dofinansowanie nie mogą się ubiegać Wnioskodawcy, którzy w przeszłości byli stroną umowy z Funduszem rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy**

## VII. Deklarowany udział własny Wnioskodawcy i/lub sponsora

1. deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania- ponad obowiązkowe 20%	%
2. deklarowany przez sponsora i udokumentowany % pokrycia kosztów realizacji zadania	%
<b>punktacja</b>	

## VIII. Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania

.....

.....

.....

.....

.....

## IX. Dane informacyjne o Wnioskodawcy<sup>1</sup>

a) wykształcenie	Zaznacz właściwe	b) rodzaj źródła utrzymania	Zaznacz właściwe
1. niepełne podstawowe		1. wynagrodzenie za pracę	
2. podstawowe		2. przychody z działalności gospodarczej	
3. zawodowe		3. renta stała*/emerytura	
4. średnie ogólnokształcące		4. renta okresowa	
5. średnie zawodowe		5. renta szkoleniowa	
6. policealne		6. zasiłek dla bezrobotnych	
7. wyższe		7. zasiłek socjalny	
8. wyższe ze stopniem naukowym		8. stypendium	
		9. alimenty*/inne*	

<sup>1</sup> proszę wstawić X we właściwej rubryce

\* niepotrzebne skreślić

## X. Cel likwidacji barier w komunikowaniu się

.....

.....

.....

.....

**XI. Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier i orientacyjny koszt ( w kolejności od najważniejszego dla Wnioskodawcy)**

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

**Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania zł:**

cyframi.....  
(słownie).....

**XII. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania**

.....  
.....

**W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem\*/ kosztem wykonania usługi\*, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł, a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.**

**XIII. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składny jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania**

.....  
.....

**XIV. Informacje dodatkowe i uzupełniające**

.....  
.....

**Oświadczenie**

Oświadczam, że:

- w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie uzyskałem/am odpowiednio na te cele dofinansowanie ze środków Funduszu
- w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy z PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie ,
- nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

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

**Upředziona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku - Kodeks Karny (Dz.U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.**

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych ( Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Skarżysku – Kamiennej.**

**O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.**

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

\* niepotrzebne skreślić

**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*

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

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

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

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

ustanowiony opiekunem\*/pełnomocnikiem\*.....  
(*postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. .... syg. akt.....\*/ na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza .....z dn. ....repet. nr.....*)

\* niepotrzebne skreślić

**Załączniki do wniosku:**

1. Kopia orzeczenia wnioskodawcy, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnienia osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2008r. Nr 14, poz. 92)
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające szczegółowy opis schorzenia i uzasadnienie do zakupu przedmiotu z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się wystawione przez lekarza specjalistę.
4. Zaświadczenie dyrektora powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.
6. Zaświadczenie o dochodzie netto Wnioskodawcy za okres ostatnich trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku oraz osób wspólnie gospodarujących (w przypadku takich osób)
6. Kopia decyzji o przyznaniu zasiłku pielęgnacyjnego, świadczeń z pomocy społecznej, ZUS, KRUS lub innych dokumentów wymaganych przez PCPR.
7. 3 oferty cenowe od sprzedawcy na wnioskowany przedmiot.

Adnotacje przyjmującego wniosek (wypełnia pracownik Centrum Pomocy Rodzinie) – Uwagi:

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

Suma uzyskanych punktów