

...../...../.....  
numer kolejny wniosku      powiat      rok złożenia wniosku

.....  
data wpływu wniosku do PCPR

## WNIOSEK

**o dofinansowanie ze środków PFRON zakupu urządzeń (wraz z montażem) lub wykonania usług z zakresu likwidacji barier technicznych**

**Uwaga: przed wypełnieniem wniosku należy zapoznać się z zasadami i procedurami przyznawania osobie niepełnosprawnej dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na likwidację barier technicznych.**

### A. Dane osoby niepełnoprawnej

#### I. Dane osobowe

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania (z kodem pocztowym) .....

.....

PESEL..... Numer NIP.....

Dowód osobisty: seria ..... numer..... data wydania.....

wydany przez .....

nr tel./faxu .....

#### II. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik (należy wstawić X we właściwej rubryce)

1	znaczny	
	inwalida I grupy	
	osoba całkowicie niezdolna do pracy i niezdolna do samodzielnej egzystencji	
2	osoba stale albo długotrwale niezdolna do pracy w gospodarstwie rolnym której przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
	umiarkowany	
3	inwalida II grupy	
	osoba całkowicie niezdolna do pracy	
	lekki	
4	inwalida III grupy	
	osoba częściowo niezdolna do pracy	
	osoba stale albo długotrwale niezdolna do pracy w gospodarstwie rolnym	
4	osoba niepełnosprawna poniżej 16 roku życia	

#### III. Rodzaj niepełnosprawności (należy wstawić X we właściwej rubryce)

dysfunkcja narządu ruchu	
dysfunkcja narządu wzroku	
dysfunkcja narządów słuchu / mowy / głosu	
schorzenie neurologiczne / epilepsja	
schorzenie układu oddechowego / krążenia / pokarmowego / moczowo - płciowego	
choroba psychiczna/ upośledzenie umysłowe	
inny, jaki?	

**IV. Sytuacja zawodowa (należy wstawić X we właściwej rubryce)**

zatrudniony / prowadzący działalność gospodarczą *	
rencista / emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy *	
bezrobotny poszukujący pracy *	
osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się lub studiująca *	
dzieci i młodzież do lat 18, uczące się *	

**V. Informacja o korzystaniu ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

Cel (nazwa zadania ustawowego lub nazwa programu)	Nr umowy	Data przyznania dofinansowania	Przyznana kwota	Stan rozliczenia

**B. Dane przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika osoby niepełnosprawnej**

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania ( z kodem pocztowym).....

PESEL..... Numer NIP.....

Dowód osobisty: seria ..... numer..... data wydania.....

wydany przez .....

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

ustanowiony opiekunem / pełnomocnikiem\* .....

- postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. ....sygn. akt .....

- na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dn..... repet. nr. ....

**C. Przedmiot dofinansowania****I. Przedmiot dofinansowania (nazwa urządzenia lub rodzaj usługi) .....**

.....

**Uwaga: Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.****II. Cel dofinansowania .....**

.....

.....

III. Miejsce realizacji zadania .....

IV. Termin rozpoczęcia realizacji zadania .....

Przewidywany czas realizacji zadania .....

V. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych na realizację zadania ( do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc złożenia wniosku) oraz dotychczasowe źródła finansowania.....

VI. Informacja o ewentualnym dofinansowaniu z innych źródeł, przeznaczonym na realizację zadania .....

VII. Przewidywany koszt realizacji zadania.....

VIII. Wnioskowana kwota dofinansowania .....zł

słownie: .....zł.

co stanowi .....% ceny brutto, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł.  
(maksymalne dofinansowanie likwidacji barier ze środków PFRON wynosi do 80% kosztów realizacji zadania)

**D. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą niepełnosprawną**

Ja niżej podpisany(a).....zamieszkały(a)

oświadczam, że we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

Imię	Nazwisko	Wiek	Pokrewieństwo z osobą niepełnosprawną	Średni dochód miesięczny <sup>1</sup>
			xxxxxxxxxxxxxxxx	
<b>RAZEM</b>				

Oświadczam, że w kwartale poprzedzającym miesiąc, w którym składany jest wniosek **przeciętny miesięczny dochód przypadający na jedną osobę we wspólnym gospodarstwie domowym<sup>2</sup>** wyniósł: ..... zł, słownie: .....zł.

<sup>1</sup> Jest to średni miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku

<sup>2</sup> Wspólny dochód ustalony w tabeli należy podzielić przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym



## Ocena i sposób rozpatrzenie wniosku – wypełnia PCPR

### I. Ocena pracownika przyjmującego wniosek

Złożono kompletny wniosek

TAK

NIE

braki we wniosku oraz załącznikach.....

.....

data uzupełnienia braków.....

Wnioskodawca korzystał w ubiegłych latach z dofinansowania likwidacji barier technicznych

NIE

TAK

Przedmiot dofinansowania.....

.....

Data wypłaty dofinansowania.....

Ocena zgodności wniosku z katalogiem rzeczowym

.....

.....

.....

.....  
data i podpis pracownika

### II. Sposób rozpatrzenia wniosku

Data posiedzenia komisji.....

Sposób rozpatrzenia wniosku.....

Wysokość przyznanego dofinansowania.....

Zakres objęty dofinansowaniem.....

.....

Uzasadnienie.....

.....

.....

.....  
data i podpis dyrektora

## **Katalog rzeczowy sprzętów, urządzeń, materiałów budowlanych, robót lub czynności, które mogą być dofinansowane ze środków PFRON w ramach likwidacji barier technicznych**

### **Dla osób z dysfunkcją narządu wzroku**

1. zakup urządzeń ułatwiających identyfikację przedmiotów, np. tester kolorów, etykiety głosowe,
2. zakup udźwiękowionych urządzeń codziennego użytku: termometr, zegarek, waga kuchenna, glukometr, ciśnieniomierz,
3. zakup urządzeń technicznych (mechanicznych, elektrycznych, elektronicznych) posiadających interfejs dźwiękowy, brajlowski lub powiększone znaki,
4. zakup kuchni mikrofalowej dla osoby mieszkającej samotnie lub z inną osobą niepełnosprawną w stopniu umiarkowanym lub znacznym z powodu dysfunkcji narządu wzroku.

### **Dla osób z dysfunkcją narządu ruchu**

1. zakup urządzeń z zakresu gospodarstwa domowego ułatwiających osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych czynności, których wykonanie jest utrudnione ze względu na dysfunkcję kończyn górnych (np. amputacja dłoni, porażenie kończyn),
2. zakup i montaż urządzenia wspomagającego SAM umożliwiającego obsługę urządzeń elektrycznych, oświetlenia, telefonu, gniazdek elektrycznych dla osoby dotkniętej dysfunkcją narządu ruchu np. z powodu: tetraplegii, paraplegii, zaniku mięśni, porażenia mózgowego, udaru mózgu, SM itp.,
3. zakup i instalacja podnośnika wannowego oraz podnośnika sufitowego,
4. zakup sprzętów ułatwiających korzystanie z urządzeń higieniczno-sanitarnych, takich jak:
  - siedzisko wannowe,
  - leżak kąpielowy,
  - taboret prysznicowy,
  - siedzisko pod prysznic,
  - krzesło toaletowe
  - nadstawka sedesowa,
  - uchwyty ułatwiające korzystanie osobie niepełnosprawnej z urządzeń łazienkowych.

### **Dla osób z innymi rodzajami niepełnosprawności**

1. zakup łóżka ortopedycznego umożliwiającego obsługę osoby niepełnosprawnej, skazanej na ciągłe leżenie (na podstawie zaświadczenia lekarskiego wraz z uzasadnieniem)
2. zakup robota kuchennego dla osób wymagających specjalistycznych diet płynnych i półpłynnych

W szczególnie uzasadnionych przypadkach, dofinansowaniem ze środków PFRON może być objęty zakup urządzeń (wraz z montażem) lub wykonanie usług z zakresu likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych nie wymienionych w powyższym katalogu.

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego)

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

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

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Nr PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

#### **Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dysfunkcja narządu ruchu<br><input type="checkbox"/> porusza się na wózku inwalidzkim<br><input type="checkbox"/> porusza się o kulach<br><input type="checkbox"/> porusza się z chodzikiem<br><input type="checkbox"/> porusza się o lasce<br><input type="checkbox"/> porusza się za pomocą protezy<br><input type="checkbox"/> osoba stale leżąca<br><input type="checkbox"/> brak lub niedowład kończyn górnych<br><input type="checkbox"/> inna, jaka?..... | <input type="checkbox"/> Dysfunkcja narządu wzroku<br><input type="checkbox"/> osoba całkowicie niewidoma<br><input type="checkbox"/> osoba niedowidząca<br><input type="checkbox"/> Dysfunkcja narządu słuchu<br><input type="checkbox"/> osoba głuchoniema<br><input type="checkbox"/> osoba niedosłysząca<br><input type="checkbox"/> Dysfunkcja narządu mowy<br><input type="checkbox"/> Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia<br><input type="checkbox"/> inna, jaka?..... |
|---|--|

#### **Rozpoznanie choroby zasadniczej:**

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

#### **Schorzenia współistniejące**

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

#### **Uzasadnienie celowości likwidacji barier technicznych w aspekcie indywidualnych potrzeb wynikających z niepełnosprawności**

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

.....  
miejsowość i data

.....  
pieczęćka i podpis lekarza