



WNIOSEK

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
likwidacji barier technicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej**

1. Dane dotyczące Wnioskodawcy (proszę wypełnić drukowanymi literami)

.....
imię i nazwisko

PESEL..... data urodzenia

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

ulicanr domu nr lokalu.....

nr kodu..... miejscowość

województwo nr tel./ faksu z nr kier.....

2.Przedmiot dofinansowania likwidacji barier technicznych

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

3. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

	Stopień pokrewieństwa	dochód miesięczny
1.	Wnioskodawca	
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

4. Nazwa banku i numer rachunku bankowego

.....

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik

.....
imię (imiona i nazwisko)

PESEL data urodzenia

dowód osobisty seria nr wydany w dniu

przez

nr kodu miejscowość

ulica nr domunr lokalu

województwo nr telefonu/faksu z nr kier

ustanowiony opiekunem/pełnomocnikiem

(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. sygn. akt*/ na mocy pełnomocnictwa

potwierzonego przez Notariusza

z dn. repet nr)

Załączniki do wniosku:

1. Aktualne zaświadczenie lekarskie wg wzoru,
2. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (oryginał do wglądu),
3. Kopie orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z wnioskodawcą (oryginał do wglądu),
4. Faktura proforma dotycząca sprzętu,
5. W przypadku kiedy wniosek składany jest przez pełnomocnika, opiekuna prawnego lub przedstawiciela ustawowego, przyjęcie kopii postanowienia Sądu Rejonowego lub pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza (oryginały do wglądu),
6. W przypadku kiedy wnioskodawca nie może podpisać wniosku (w Dowodzie Osobistym stosowna adnotacja) przyjęcie kopii Dowodu Osobistego (oryginały do wglądu),
7. W przypadku, kiedy osoba niepełnosprawna składająca wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON nie może podpisać się na wniosku (lecz mogąca czytać), wtedy należy dołączyć do wniosku:
 - a. kopię dowodu osobistego Wnioskodawcy (oryginał do wglądu),
 - b. odcisk atramentowy palca Wnioskodawcy stawianego w miejscu podpisu,
 - c. czytelny podpis pod odciskiem Wnioskodawcy, złożony przez osobę, która potwierdza że jest to odcisk Wnioskodawcy.

Wałbrzych dnia

.....
Podpis osoby niepełnosprawnej

.....
(podpis osoby przyjmującej wniosek)

.....
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

.....
(data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Wydane dla potrzeb MOPS- w związku z ubieganiem się
o likwidację barier technicznych

Imię i nazwisko.....

zamieszkała (y).....

PESEL.....

1. Niepełnosprawność pacjenta dotyczy:

narząd ruchu, w zakresie.....

brak obu kończyn górnych

znaczny niedowład obu kończyn górnych

jednoczesnej dysfunkcji kończyny dolnej i górnej

jednoczesnej dysfunkcji co najmniej jednej kończyny górnej i kończyn dolnych

jednoczesnej dysfunkcji kończyn dolnych i górnych

dysfunkcja narządu wzroku (osoba niewidoma, osoba niedowidząca)*

inne schorzenia.....

2. Używane na co dzień zaopatrzenie ortopedyczne:

wózek inwalidzki

balkonik

kule

łóżko ortopedyczne

inne specjalistyczne oprzyrządowanie.....

UWAGA! W przypadku osób całkowicie leżących proszę o wpisanie tej informacji poniżej.

DODATKOWE INFORMACJE:

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

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

Podstawa prawna:

Zgodnie z § 6 rozporządzenia 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 2015 r. poz. 926).