

DZ.

WNIOSEK

o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się, ze środków PFRON

Nr sprawy

Data przyjęcia

Ośrodek Pomocy Społecznej w Świętochłowicach

Dane osoby ubiegającej się o dofinansowanie:

Imię i nazwisko

PESEL..... NIP Seria i nr dowodu osobistego

..... Data urodzenia

Kod pocztowy Miejscowość ul.....

Miejsce realizacji zadania

Nazwa banku nr r-ku bankowego

Telefon

Zameldowany na pobyt stały tymczasowy

Rodzaj orzeczenia (wpisać np. grupę inwalidzką KIZ, orzeczenie o niezdolności do pracy w rolnictwie, orzeczenie o stopniu niepełnosprawności)

Przyczyna niepełnosprawności*:

a) narząd ruchu

b) wzrok

c) słuch

d) inne jakie?.....

Schorzenia*:

a) układ krążenia

b) cukrzyca

c) inne jakie?

Otrzymuje zasiłek pielęgnacyjny* tak nie

Uczeń

(podać rodzaj szkoły, uczelni, klasa/rok)

Korzystanie ze środków PFRON na likwidację barier w komunikowaniu się*:

1. nie korzystałem/am

2. korzystałem/am:

a) rodzaj

b) rok uzyskania dofinansowania.....

c) kwota dofinansowania.....

Czy posiada Pan/i sprzęt, o który wnioskuję*: tak nie

Jeżeli tak to podaj:

rodzaj.....

rok produkcji.....

Sprzęt: (poza sprzętem finansowanym w ramach programów celowy PFRON).

..... Ilość Cena

Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON.....

- Informacja o ewentualnym dofinansowaniu z innych źródeł na planowany zakup w/w sprzętu: (Sponsor, kwota)

Uzasadnienie celowości zakupu powyższego sprzętu:

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

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

.....
.....

Oświadczam, że wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych nie posiadam zaległości oraz że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowana przez pracownika Samodzielnej Sekcji ds. Niepełnosprawności w Świętochłowicach o zasadach, warunkach i możliwościach przyznawania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do likwidacji barier w komunikowaniu się.

Upředzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, § 2 i § 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - 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. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni. Ponadto wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych oraz w kartotekach, skorowidzach, księgach, wykazach i innych zbiorach ewidencyjnych prowadzonych przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Świętochłowicach zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2002 nr 101 poz. 926 z późn. zm.).

Podpis wnioskodawcy

Rodzic/opiekun prawny dla małoletniego wnioskodawcy:

Imię i nazwisko PESEL.....NIP.....
Seria i nr dowodu osobistego
Kod pocztowy Miejscowość ul.
Telefon:

Podpis

Załączniki

1. Kopia aktualnego dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność (orzeczenie)
2. Zaświadczenie o dochodach (wg oświadczenia) i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.
3. Zaświadczenie: lekarskie o **konieczności** posługiwania się w/w sprzętem lub pedagoga i wychowawcy szkolnego o **konieczności** posługiwania się w/w sprzętem.
4. Oferta sprzedawcy urządzenia zawierająca specyfikację sprzętu oraz jego cenę brutto.

* odpowiednie zakreśl