



.....  
data wpływu wniosku

.....  
nr wniosku

**WNIOSEK**

**o dofinansowanie osobie fizycznej likwidacji barier w komunikowaniu się ze środowiska rodzinnego Państwa Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

**Dane dotyczące Wnioskodawcy (prosimy wypełnić drukowanymi literami)**

<b>Imię</b> ..... <b>Nazwisko</b> .....	<b>PESEL</b> .....
<b>Dowód osobisty:</b> Seria ..... Numer ..... Wydany w dniu ..... Przez .....	Tel. Stacjonarny ..... Tel. Kom. .... Adres e-mail: .....
<b>Adres zameldowania:</b> Ulica ..... nr ..... Kod ..... Miejscowość .....	
<b>Adres zamieszkania:</b> Ulica ..... nr ..... Kod ..... Miejscowość .....	
<b>Adres do korespondencji:</b> Ulica ..... nr ..... Kod ..... Miejscowość .....	
Numer rachunku bankowego Wnioskodawcy: .....	

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

<b>Imię</b> ..... <b>Nazwisko</b> .....	<b>PESEL</b> .....
<b>Dowód osobisty:</b> Seria ..... Numer ..... Wydany w dniu ..... Przez .....	Tel. Stacjonarny ..... Tel. Kom. .... Adres e-mail: .....
<b>Adres zameldowania:</b> Ulica ..... nr ..... Kod ..... Miejscowość .....	
<b>Adres zamieszkania:</b> Ulica ..... nr ..... Kod ..... Miejscowość .....	
<b>Adres do korespondencji:</b> Ulica ..... nr ..... Kod ..... Miejscowość .....	
Numer rachunku bankowego osoby reprezentującej Wnioskodawcę : .....	
Ustanowiony opiekunem / pełnomocnikiem ..... Wpisane w cięciwie, zażył czy dokument potwierdzający	

**I. Stopie niepełnosprawno ci Wnioskodawcy potwierdzony orzeczeniem:**

(prosimy wstawi sX+we wja ciwej rubryce)

- Orzeczenie o niepełnosprawno ci osób do 16 roku ycia . od kiedy?\*
- Znaczny . od kiedy?\*
- Umiarkowany - od kiedy?\*
- Lekki . od kiedy?\*

\*prosz wpisa od kiedy istnieje niepełnosprawno

**II. Rodzaj niepełnosprawno ci Wnioskodawcy, potwierdzony za wiadczeniem lekarskim:**

(prosimy wstawi sX+we wja ciwej rubryce)

- Dysfunkcja narz dów ruchu z konieczno ci poruszania si na wózku inwalidzkim, jaka?\*
- Inna dysfunkcja narz dów ruchu, jaka ?\*\*..
- Dysfunkcja narz du wzroku, jaka ?\*\*
- Dysfunkcja narz dów sjuchu i mowy, jaka ?\*\*
- Deficyt rozwoju / upo ledzenie umysłowe, jakie?\*
- Niepełnosprawno z ogólnego stanu zdrowia lub inna nie wymieniona w pkt. 1-5, jaka?\*

\*\*prosz wpisa jaka dysfunkcja (np. czteroko czynowe pora enie, gju chota, mózgowe pora enie, RZS, SM, zanik mi ni)

**III. Sytuacja zawodowa Wnioskodawcy:**

(prosimy wstawi sX+we wja ciwej rubryce)

- Zatrudniony/ Prowadz cy działalno gospodarcz
- Między od lat 18 do 24 ucz ca si w systemie szkolnym lub studiuj ca
- Zarejestrowany w Powiatowym Urz dzie Pracy jako bezrobotny lub/i poszukuj cy pracy
- Rencista/emeryt nie zainteresowany podj ciem pracy
- Nie dotyczy (dzieci i między do lat 18)

**IV. Sytuacja mieszkaniowa Wnioskodawca zamieszkuje :**

(prosimy wstawi sX+we wja ciwej rubryce)

- Samotnie
- Z jedn osob dorosł lub/i osobami do 16 r. .
- Z kilkoma osobami dorosłymi

**V. Osoby pozostaj ce we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawc oraz o wiadczenie o wysoko ci dochodów**

Stopie pokrewie stwa	Stopie niepełnosprawno ci (grupa)	Rodzaj niepełnosprawno ci	Przeci tny miesi czny dochód obliczony za kwartałpoprzedzaj cy m- c, w którym skjadany jest wniosek
Wnioskodawca			

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: .....

Oświadczam, że **przeciwny miesięczny dochód**, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, **podzielony przez liczbę osób** we wspólnym gospodarstwie domowym, **obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc**, w którym składany jest wniosek wynosi 0 0 0 0 0 0 0 0 z y

**VI. Korzystanie ze środków Funduszu do likwidacji barier** (architektoniczne, techniczne, w komunikowaniu się):  
(prosimy wstawić X+we wjąciowej rubryce)

	TAK	NIE
Czy wnioskodawca korzysta z dofinansowania do likwidacji barier?		
Jakich?(architektoniczne, techniczne, w komunikowaniu się -proszę wpisać wjąciowej) 0 0 0 0 0 0 0 0 .....		
W którym roku? (proszę podać rok, w którym przyznano dofinansowanie) 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 .		
Czy był składany wniosek? Jeśli tak, to proszę podać rok, lata 0 ..		

**1. Korzystanie ze środków Funduszu na inne cele** (np. turnus rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze, sprzęt rehabilitacyjny)  
(prosimy wstawić X+we wjąciowej rubryce)

	TAK	NIE
Czy wnioskodawca korzysta z dofinansowania?		
Czy wnioskodawca korzysta z dofinansowania na inne cele i rozliczy się?		
Czy wnioskodawca korzysta z dofinansowania i jest w trakcie rozliczania?		
Czy wnioskodawca korzysta z dofinansowania i nie rozliczy się?		
Do czego wnioskodawca otrzyma dofinansowanie (wymienić) 0		

**2. Informacje o korzystaniu ze środków Funduszu z dotychczasowych programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorczą PFRON** (np. Komputer dla Homera, Pegaz 2003, Sprawy Dojazd, Student, Aktywny Samorząd itp.):  
(prosimy wstawić X we wjąciowej rubryce)

	TAK	NIE		
Czy wnioskodawca korzysta z środków Funduszu?				
Nr i data zawarcia umowy	Kwota	Nazwa programu, obszar, rodzaj sprzętu	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia

**3. Czy wnioskodawca ma zaległości w terminowym regulowaniu wymagalnych zobowiązań wobec Funduszu?**  
(prosimy wstawić X+we wjąciowej rubryce)

TAK  NIE

**4. Czy wnioskodawca był stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu i rozwiązał ją z przyczyn leżących po stronie wnioskodawcy?**  
(prosimy wstawić X+we wjąciowej rubryce)

TAK  NIE



#### 4. Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku:

Nazwa załącznika	Wypełnia pracownik MOPR		
	Załączono TAK / NIE	Uzupełniono TAK / NIE	Data uzupełnienia
1. kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub inne równoważne potwierdzające niepełnosprawność Wnioskodawcy i innych osób wspólnie zamieszkujących- <b>oryginał do wglądu</b>			
2. <b>aktualne</b> zaświadczenie lekarza o <b>specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności</b> zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności, obecnym stanie zdrowia ze wskazaniem w jaki sposób przedmiot dofinansowania przyczyni się do likwidacji bariery w komunikowaniu się. <b>(Za zaświadczenie ważne 3 miesiące od daty wystawienia) - według załącznika nr 4</b>			
3. dokumenty potwierdzające prawo występowania w imieniu osoby niepełnosprawnej (np. skrócony odpis aktu urodzenia, postanowienie sądu, pełnomocnictwo notarialne) . <b>oryginał do wglądu</b>			
4. dowód osobisty Wnioskodawcy lub/i osoby występującej w jego imieniu (w przypadku osoby niepełnoletniej . dowód osobisty przedstawiciela ustawowego i skrócony odpis aktu urodzenia)- <b>oryginał do wglądu</b>			
5. o zaświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych - <b>według załącznika nr 2</b>			
6. - za zaświadczenie z zakładu pracy potwierdzające zatrudnienie (w przypadku osób zatrudnionych) <b>według załącznika nr 3</b>  - za zaświadczenie ze szkoły lub uczelni potwierdzające pobieranie nauki (w przypadku osób uczących się)  - aktualny wypis z bazy przedsiabiorców CEIDG ( <a href="http://ceidg.gov.pl">http://ceidg.gov.pl</a> )  <b>dotyczy osób z dysfunkcją narządu słuchu ubiegających się o dofinansowanie do zestawu komputerowego</b>			
7. informacja ze sklepu dotycząca wnioskowanego sprzętu ze wskazaniem <b>marki i modelu/nr katalogowego</b> , jego ceny brutto oraz ewentualnego czasu oczekiwania na realizację (faktura Pro Forma, oferta cenowa)			

#### Oświadczam, że mi znane następujące informacje:

1. dofinansowanie nie przysługuje osobom, które w ciągu 3 lat przed dniem złożenia wniosku otrzymały na ten cel dofinansowanie ze środków Funduszu, oraz osobom, które były stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu i rozwiła z przyczyn leżących po stronie tej osoby;
2. dofinansowanie nie przysługuje osobom, które mają zaległości wobec Funduszu,
3. **dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie;**
4. podstawą dofinansowania ze środków PFRON stanowi umowa zawarta pomiędzy Prezydentem Miasta Szczecin reprezentowanym przez Dyrektora MOPR a Wnioskodawcą ;

W przypadku, gdy MOPR poweźmie wątpliwość co do podanych we wniosku danych, w szczególności co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, wezwie Wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów. (Dz. U. 2013 r., poz. 1190).

**Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.**

.....  
miejscowo i data

.....  
czytelny podpis Wnioskodawcy / osoby uprawnionej do reprezentowania Wnioskodawcy

**Przez zestaw komputerowy rozumie się :**

- **Komputer klasy PC** (stacjonarny lub laptop; określona marka oraz model / nr katalogowy) z konfiguracją zawierającą minimum: płytę główną, procesor, dysk twardy, pamięć operacyjną RAM, zasilacz
- modem do łączenia z internetem lub kartę sieciową
- kamerę umożliwiającą porozumiewanie się z językiem migowym,
- system operacyjny
- monitor lub wbudowany ekran
- klawiaturę i mysz

**Osoby, które mogą ubiegać się o dofinansowanie:**

- 1) **dzieci niepełnosprawne słuchowo, uczące się, od klasy IV szkoły podstawowej do ukończenia gimnazjum** posiadające ważne orzeczenie o niepełnosprawności z wpisem w punkcie **Przyczyna niepełnosprawności**: L, 03L, §26 pkt. 1 lit. i, (w przypadku dzieci powyżej 16 roku życia – orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym lub umiarkowanym z przyczyn j.w.),
- 2) **młodzieź ucząca się lub studiująca do ukończenia 25 r.** posiadająca ważne orzeczenie o zaliczeniu do umiarkowanego lub znacznego stopnia niepełnosprawności, z wpisem w punkcie **Przyczyna niepełnosprawności**: L, 03L, §26 pkt. 1 lit. i
- 3) **dorośli osoby niepełnosprawne, w wieku produkcyjnym, zatrudnione, posiadające ważne orzeczenie o zaliczeniu do umiarkowanego lub znacznego stopnia niepełnosprawności,** z wpisem w punkcie **Przyczyna niepełnosprawności**: L, 03L, §26 pkt. 1 lit. i,
- 4) **dorośli osoby niepełnosprawne prowadzące działalność gospodarczą, posiadające ważne orzeczenia o zaliczeniu do umiarkowanego lub znacznego stopnia niepełnosprawności, z wpisem w punkcie "przyczyna niepełnosprawności";** L, 03L, &26 pkt.1 lit. i
- 5) **dorośli osoby niepełnosprawne bezrobotne poszukujące pracy, zarejestrowane w PUP nie później niż w roku poprzedzającym rok, w którym składany jest wniosek, posiadające ważne orzeczenie o zaliczeniu do umiarkowanego lub znacznego stopnia niepełnosprawności, z wpisem w punkcie Przyczyna niepełnosprawności**: L, 03L, §26 pkt. 1 lit. i
- 6) **dorośli osoby niepełnosprawne - seniorzy powyżej 65 roku życia posiadające ważne orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z wpisem w punkcie Przyczyna niepełnosprawności** L, 03L, &26 pkt.1 lit. i, które wzięły udział w ukończonym z wynikiem pozytywnym szkoleniu w zakresie obsługi komputera przeprowadzone w Polskim Związku Głuchych – po przedstawieniu stosownego zaświadczenia.

W celu ubiegania się o dofinansowanie koniecznym jest dołączenie przez Wnioskodawcę do Wniosku

1. osoby zatrudnione - za zaświadczenie z zakładu pracy potwierdzające zatrudnienie,
2. osoby prowadzące działalność gospodarczą - aktualny wypis z bazy przedsiębiorców CEIDG (<http://ceidg.gov.pl>)
3. dzieci i młodzież ucząca się - za zaświadczenie ze szkoły potwierdzające pobieranie nauki z zaznaczeniem, do której klasy dziecko uczęszcza
4. młodzież ucząca się lub studiująca - za zaświadczenie ze szkoły lub uczelni zawierające informacje o obecnie realizowanym przez Wnioskodawcę etapie kształcenia,
5. za zaświadczenie od lekarza specjalisty, potwierdzające rodzaj schorzenia oraz fakt, że zestaw komputerowy zlikwiduje istniejące bariery w komunikowaniu się wynikające z niepełnosprawności.

**UWAGA!**

- Realizacja zadania wymaga podpisania Umowy o dofinansowanie, w związku z powyższym Wnioskodawca **nie może dokonać zakupu przed podpisaniem Umowy z MOPR.**
- Osoby niepełnosprawne prowadzące wspólne gospodarstwo domowe mogą ubiegać się o dofinansowanie do zakupu tylko jednego zestawu komputerowego.

o o o o o o o o o o o o o o o o

podpis Wnioskodawcy lub osoby  
występującej w jego imieniu

## OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Dane osobowe przekazane przez Wnioskodawcę będą przetwarzane dla celów związanych z udzielaniem dofinansowania do likwidacji barier **architektonicznych/ technicznych/ w komunikowaniu się**<sup>1</sup>, finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Dane osobowe mogą być także przetwarzane, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych. Wnioskodawca posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

Podanie danych i wyrażenie zgody jest dobrowolne, jednak ich niepodanie i brak zgody na ich przetwarzanie skutkować będzie brakiem możliwości dofinansowania do likwidacji barier.

*Niniejsze oświadczenie składa pełnoletni Wnioskodawca ubiegający się o dofinansowanie do likwidacji barier lub osoba reprezentująca Wnioskodawcę.*

Ja niżej podpisana/ny .....

*Imię i nazwisko*

Zamieszkająca/ym .....

*Miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania*

**Biorąc pod uwagę powyższe informacje oświadczam, że:**  
(prosimy wstawić  w miejsce  w ciętym polu)

wyrażam zgodę

nie wyrażam zgody

**na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego (o ile dotyczy)**

.....  
(imię i nazwisko dziecka / podopiecznego)

przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.).

Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

.....  
(Data i podpis osoby składającej oświadczenie)

<sup>1</sup> Niepotrzebne skreślić

## ZA WIADCZENIE O ZATRUDNIENIU

.....

(pieczęć zakładu pracy)

õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ ..

(miejscowość, data)

**Za wiadcza si , e Pan(i)**.....

(imię i nazwisko)

**PESEL:** õ ..õ

**zamieszkały(a)** .....

(adres zamieszkania)

**jest zatrudniony(a) od dnia:**.....

(dzień, miesiąc, rok)

**Na podstawie umowy:**

o pracę na czas nieokreślony

o pracę na czas określony do dnia: õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ ..

innej, jakiej? õ ..

**Miejsce zatrudnienia:**.....

(nazwa instytucji/organizacji/przedsiębiorstwa)

**Jednocześnie nie za wiadcza si , e Pracownik:**

nie znajduje si

znajduje si

w okresie wypowiedzenia umowy o pracę .

.....

(podpis i pieczęć pracodawcy)



.....

(pieczęć placówki)

## ZA WIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności

### 1. Dane osoby:

a) Imię i nazwisko.....

b) Data i miejsce urodzenia.....

c) Miejsce zamieszkania.....

### 2. Rodzaj niepełnosprawności:

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <b>05-R</b> (narządy ruchu)                  |
| <input type="checkbox"/> | <b>10-N</b> (choroby neurologiczne)          |
| <input type="checkbox"/> | <b>12-C</b> (całkowite zaburzenia rozwojowe) |
| <input type="checkbox"/> |  |

### Inne, jakie?:

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <b>01-U</b> (upośledzenie umysłowe)   |
| <input type="checkbox"/> | <b>02-P</b> (choroby psychiczne)  |
| <input type="checkbox"/> | <b>03-L</b> (choroby laryngologiczne/ słuch)  |
| <input type="checkbox"/> | <b>04-O</b> (narząd wzroku)   |
| <input type="checkbox"/> | <b>06-E</b> (epilepsja)   |
| <input type="checkbox"/> | <b>07-S</b> (choroby układu krążenia/ oddechowego)  |
| <input type="checkbox"/> | <b>08-T</b> (choroby układu pokarmowego)  |
| <input type="checkbox"/> | <b>09-M</b> (choroby układu moczowo- pęciowego)   |
| <input type="checkbox"/> | <b>11-I</b> (inne, w tym m.in.: schorzenia endokrynologiczne, enzymatyczne, metaboliczne) |

### 3. Osoba niepełnosprawna wymieniona w pkt 1 ma trudnościami w komunikowaniu się z otoczeniem, polegającymi na:

.....  
.....

### 4. Trudności te mogą zostać zlikwidowane/ograniczone poprzez korzystanie z następujących urządzeń i sprzętów:

.....  
.....

.....  
**5. Posiadanie w/w urz dze , sprz tu wymienionych w pkt 4 wpýnie na popraw komunikowania si z otoczeniem w nast puj cy sposób:**

.....  
.....  
**4. Uwagi uzupeûniaj ce i zalecenia dodatkowe:**

.....  
miejscowo i data

.....  
piecz i podpis specjalisty