



**Załącznik nr 2 do Procedur**  
**PAŃSTWOWY FUNDUSZ REHABILITACJI**  
**OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**



Wniosek złożono w Oddziale PFRON

W.....

w dniu .....

Numer sprawy (wypełnia PFRON):

## WNIOSEK „O”

o dofinansowanie w ramach programu „**KOMPUTER DLA HOMERA 2003** -

Program pomocy w zakupie sprzętu elektronicznego oraz oprogramowania umożliwiającego  
rehabilitację zawodową i społeczną osób niewidomych i niedowidzących”

informacje o programie: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) - zakładka „Programy PFRON”

### 1. Informacje o Wnioskodawcy i dziecku/podopiecznym

#### DANE DOTYCZĄCE DZIECKA / PODOPIECZNEGO

Imię ..... Nazwisko .....

Data urodzenia ..... r. Płeć: żeńska      męska

PESEL

ADRES ZAMIESZKANIA (pobyt stały): Kod pocztowy -

Pocztą: ..... Miejscowość: ..... Ulica .....

Nr domu/mieszkania: ..... powiat ..... województwo .....

miasto      wieś

#### DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

Imię ..... Nazwisko .....

Data urodzenia ..... r. Dowód osobisty: seria ..... numer .....

wydany przez ..... dnia ..... 200... r. PESEL

ADRES ZAMIESZKANIA (pobyt stały) : Kod pocztowy -

Pocztą: ..... Miejscowość: ..... Ulica .....

Nr domu/mieszkania: ..... powiat ..... województwo .....

|                                                                                                                                                   |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| ADRES DO KORESPONDENCJI                                                                                                                           |  |  |  |
| <div style="border-bottom: 1px dotted black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; margin-bottom: 5px;"></div> |  |  |  |
| TELEFONY KONTAKTOWE: .....                                                                                                                        |  |  |  |
| e – mail .....                                                                                                                                    |  |  |  |
| NAUKA                                                                                                                                             |  |  |  |
| NAZWA I ADRES SZKOŁY DZIECKA/PODOPIECZNEGO                                                                                                        |  |  |  |
| Nazwa szkoły .....                                                                                                                                |  |  |  |
| Ulica ..... Nr domu ..... klasa. ....                                                                                                             |  |  |  |
| Kod pocztowy      -      Miejscowość .....                                                                                                        |  |  |  |
| Województwo..... Powiat .....                                                                                                                     |  |  |  |
| Internat      tak      nie                      Przedszkole    tak      nie                                                                       |  |  |  |
| STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DZIECKA / PODOPIECZNEGO                                                                                                |  |  |  |
| stopień niepełnosprawności:      znaczny                      umiarkowany                      lekki                                              |  |  |  |
| całkowita niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji                                                                          |  |  |  |
| całkowita niezdolność do pracy                                                                                                                    |  |  |  |
| częściowa niezdolność do pracy                                                                                                                    |  |  |  |
| Ważność dokumentu      stała      okresowa do .....                                                                                               |  |  |  |
| orzeczenie o niepełnosprawności                                                                                                                   |  |  |  |
| RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WZROKU DZIECKA/PODOPIECZNEGO                                                                                            |  |  |  |
| osoba niedowidząca                      osoba niewidoma                      osoba głuchoniewidoma                                                |  |  |  |

## 2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

|                                                                                                                                              |                                   |                    |                            |                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------|----------------------------|---------------------|
| Czy korzystał ze środków PFRON (w tym poprzez samorząd powiatowy)                                                                            |                                   |                    |                            |                     |
| tak                      nie                                                                                                                 |                                   |                    |                            |                     |
| Cel<br>(nazwa programu<br>i/ lub nazwa zadania<br>ustawowego, w ramach którego<br>przyznana została pomoc)                                   | Numer i data<br>zawarcia<br>umowy | Kwota<br>przyznana | Termin<br>rozliczona       | Kwota<br>rozliczona |
| .....                                                                                                                                        | .....                             | .....              | .....                      | .....               |
| .....                                                                                                                                        | .....                             | .....              | .....                      | .....               |
| .....                                                                                                                                        | .....                             | .....              | .....                      | .....               |
| .....                                                                                                                                        | .....                             | .....              | .....                      | .....               |
| .....                                                                                                                                        | .....                             | .....              | .....                      | .....               |
|                                                                                                                                              | Razem kwota<br>przyznana:         |                    | Razem kwota<br>rozliczona: |                     |
| Posiadam/ nie posiadam* wymagalne zobowiązania wobec Funduszu.<br>Jeśli tak, podać rodzaj i wysokość wymagalnego zobowiązania .....<br>..... |                                   |                    |                            |                     |
| *-niepotrzebne skreślić                                                                                                                      |                                   |                    |                            |                     |

**3. Uzasadnienie składanego wniosku** (w tym projekt działań mających na celu aktywizację zawodową lub/i społeczną, która zostanie zrealizowana dzięki pomocy udzielonej w ramach programu)

[illegible]