

INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE DOTYCZĄCE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY/MOCODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Oświadczam, że:	posiadam/mój podopieczny posiada schorzenia/dysfunkcje utrudniające poruszanie się * <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Niepełnosprawność Wnioskodawcy/ podopiecznego dotyczy:	<input type="checkbox"/> osoba leżąca, nie będąca w stanie poruszać się przy pomocy wózka inwalidzkiego, nawet przy pomocy osób trzecich <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się przy pomocy balkonika, kul łokciowych albo laski <input type="checkbox"/> osoba posiadająca protezy kończyn: <input type="checkbox"/> osoba posiadająca znaczny niedowład kończyn:..... <input type="checkbox"/> osoba niewidoma lub niedowidząca <input type="checkbox"/> inne schorzenia utrudniające poruszanie się:

INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE DOTYCZĄCE OSÓB ZAMIESZKUJĄCYCH WSPÓLNIE Z WNIOSKODAWCĄ

Nazwa pola	Do uzupełnienia		
Pokrewieństwo względem Wnioskodawcy	Wiek	Stopień niepełnosprawności	Rodzaj niepełnosprawności
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

* Zgodnie z § 6 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. 2015 poz. 926), o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, które mają trudności w poruszaniu się