



pieczęć wpływu wniosku

.....
data wpływu kompletnego wniosku - wypełnia PCPR

PCPR. 533. _____
Nr wniosku - wypełnia PCPR

W N I O S E K

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych
w związku z indywidualnymi potrzebami osoby niepełnosprawnej**

- likwidacja barier w komunikowaniu się *
- likwidacja barier technicznych *

Część A: Dane Wnioskodawcy (proszę wypełnić drukowanymi literami)

1. Imię, nazwisko, adres zamieszkania Wnioskodawcy - (dane niepełnosprawnej osoby dorosłej lub niepełnosprawnego dziecka) - wypełnić niezależnie od pkt 2 wniosku

.....dziecko/dorosły		
imię i nazwisko Wnioskodawcy		niepotrzebne skreślić
numer PESEL	ulica	nr domu
kod pocztowy	miejsowość	numer telefonu

2. Imię, nazwisko, adres zamieszkania osoby uprawnionej do reprezentacji Wnioskodawcy małoletniego lub Wnioskodawcy pozbawionego lub o ograniczonej zdolności do czynności prawnych

.....		
imię i nazwisko przedstawiciela Wnioskodawcy - pokrewieństwo		
numer PESEL	ulica	nr domu
kod pocztowy	miejsowość	numer telefonu

* właściwe zakreślić krzyżykiem

3. Stopień niepełnosprawności Wnioskodawcy (we właściwej rubryce wpisać TAK)		Ważność orzeczenia: na stałe / na czas określony do...
1	Znaczny stopień niepełnosprawności / lub równoważny	
2	Umiarkowany stopień niepełnosprawności / lub równoważny	
3	Lekki stopień niepełnosprawności / lub równoważny	
4	Osoby do 16 roku życia, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	

4. Rodzaj ograniczenia sprawności Wnioskodawcy (we właściwej rubryce wpisać TAK)		
1	dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
2	inna dysfunkcja narządu ruchu	
3	dysfunkcja narządu wzroku	
4	deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
5	dysfunkcja narządów słuchu lub mowy	
6	niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
7	inna dysfunkcja, jaka? _____	

5. Sytuacja zawodowa Wnioskodawcy (we właściwej rubryce wpisać TAK)		
1	zatrudniony*/prowadzący działalność gospodarczą*	
2	osoba w wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca	
3	bezrobotny poszukujący pracy*/rencista poszukujący pracy*	
4	rencista*/emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy	
5	dzieci i młodzież do lat 18	

6. Sytuacja rodzinna Wnioskodawcy (we właściwej rubryce wpisać TAK)		
1	Osoba mieszkająca samotnie	
2	Osoba zamieszkująca wyłącznie z niepełnosprawnym małżonkiem lub opiekunem lub niepełnosprawnymi członkami rodziny	
3	Osoba zamieszkująca z pełnosprawnymi i niepełnosprawnymi członkami rodziny	
4	Osoba zamieszkująca tylko z pełnosprawnymi członkami rodziny	

* właściwe podkreślić

7. Średni dochód miesięczny na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wyniósł: _____zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym (wliczając Wnioskodawcę) wynosi: _____.

8. Czy Wnioskodawca korzystał (w ciągu ostatnich 3 lat licząc od dnia złożenia wniosku) ze środków PFRON?

tak nie *

Cel (nazwa zadania ustawowego oraz /lub nazwa programu, w ramach, którego przyznana została pomoc)	Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Termin rozliczenia	Kwota rozliczona
	Razem kwota przyznana:		Razem kwota rozliczona:	

9. Przedmiot dofinansowania.....
.....

10. Cel likwidacji barier (uzasadnienie wniosku).....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

11. Miejsce realizacji zadania (adres, gdzie będzie używany przedmiot dofinansowania)
.....

* właściwe zakreślić krzyżykiem

12. Całkowity koszt realizacji zadania	Kwota wnioskowanego dofinansowania
_____ zł.	_____ zł.

13. Informacje 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 finansowania

.....

14. Informacje o innych źródłach finansowania zadania

.....

15. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

1. Termin rozpoczęcia zadania -
2. Przewidywany czas realizacji zadania -

16. Określenie sposobu przekazania dofinansowania - Nazwa i numer banku

.....

17. OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, że nie posiadam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz że w ciągu 3 lat od daty złożenia niniejszego wniosku nie byłam/em stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
2. Oświadczam, że w przypadku przyznania dofinansowania będę dysponował/ła środkami finansowymi na opłacenie udziału własnego w postaci różnicy pomiędzy kwotą dofinansowania, ewentualnym dofinansowaniem z innych źródeł, a całkowitym kosztem realizacji zadania.
3. Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie uzyskałem/am dofinansowania ze środków PFRON na likwidację barier objętych niniejszym wnioskiem.
4. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych/mojego dziecka/podopiecznego przez administratora danych – Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Mieście Lubawskim, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) gromadzonych w systemie informatycznym/nieinformatycznym w celu wykonania zadania wynikającego z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2011 r., Nr 127, poz. 721 z późn. zm.), które przekazuję dobrowolnie zastrzegając prawo dostępu, sprawdzania i poprawiania.
5. Uprzedzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego:

Art. 233 § 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3 (...).

oświadczam, że wszystkie dane podane przeze mnie we wniosku o przyznanie dofinansowania ze środków PFRON są zgodne z prawdą i że jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

.....
 miejscowość, data

.....
 czytelny podpis Wnioskodawcy lub przedstawiciela
 ustawowego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika

Załączniki do wniosku:

- 1) kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2011r. Nr 127, poz. 721 z późn. zm.), a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopia orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydane przed dniem 1 stycznia 1998r. – **oryginał do wglądu**
- 2) aktualne zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę właściwego dla dysfunkcji, potwierdzające indywidualne potrzeby osoby niepełnosprawnej oraz potrzebę zakupu urządzenia, które umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi tej osobie wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem
- 3) opinia ze szkoły od pedagoga, wychowawcy, dyrektora, opinia z poradni psychologiczno-pedagogicznej
- 4) zaświadczenie ze szkoły o kontynuowaniu nauki – w wymaganych przypadkach
- 5) oferta ze sklepu o koszcie przedmiotu dofinansowania
- 6) udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania
- 7) pełnomocnictwo lub wskazanie innej podstawy prawnej do reprezentacji Wnioskodawcy – patrz pkt 2 wniosku.

Uwaga: dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON

Część B: Wypełnia Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie**1. Adnotacje przyjmującego (prowadzącego) wniosek**

I. Suma uzyskanych punktów

II. Opinia merytoryczna

Etap I

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(data i podpis pracownika PCPR)

Etap II

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

.....
(data i podpis pracownika PCPR)

2. Decyzja o przyznaniu dofinansowania

Wniosek rozpatrzono pozytywnie / negatywnie* i przyznano / nie przyznano* środki finansowe PFRON w wysokości _____ zł, słownie złotych _____
_____ w ramach dofinansowania likwidacji barier komunikacyjnych/technicznych.*

Podstawa prawna: art. 35a ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2011 r., Nr 127, poz. 721 z późn. zm.) oraz § 2 pkt. 4, § 6 pkt. 2, § 9 ust. 1, ust.3, § 10, § 11 ust. 1, ust. 4 pkt.1, § 12 ust. 2, ust. 3, ust. 3a, ust. 3b, § 13 ust. 4, § 14 ust. 1 rozporządzenia z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2013r., poz. 1190 z późn. zm.).

.....
data, podpis i pieczęć Dyrektora PCPR

* niepotrzebne skreślić