



pieczętka wpływu wniosku

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

PCPR. 533. .1. _____
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** *

* właściwe zakreślić krzyżykiem

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/dorośli | |
| imię i nazwisko Wnioskodawcy niepotrzebne skreślić | |
| numer PESEL | (ulica / miejscowość zamieszkania / numer domu / numer lokalu) |
| numer telefonu | (kod pocztowy, poczta) |
| adres zamieszkania Wnioskodawcy | |

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 / miejscowość zamieszkania / numer domu / numer lokalu) |
| numer telefonu | (kod pocztowy, poczta) |
| adres zamieszkania osoby uprawnionej do reprezentacji Wnioskodawcy | |

| 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 * lub wrodzony brak * albo amputacja dłoni, rąk lub nóg * | |
| 2 | inna dysfunkcja narządu ruchu | |
| 3 | dysfunkcja narządu wzroku | |
| 4 | deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe) | |
| 5 | dysfunkcja narządów słuchu i 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. | inna, jaka? _____ | |

| 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. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

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): _____.

8. Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON: tak nie * właściwe zakreślić krzyżykiem

| Cel (nazwa zadania ustawowego oraz /lub nazwa programu, w ramach, którego przyznana została pomoc) | Numer zawartej umowy | Data zawarcia umowy | Kwota przyznana | Stan rozliczenia (* podkreślić właściwe) |
|---|----------------------|---------------------|-----------------|--|
| | | | | rozliczyłem(am)się * jestem w trakcie rozliczania * nie rozliczyłem(am)się * |
| | | | | rozliczyłem(am)się * jestem w trakcie rozliczania * nie rozliczyłem(am)się * |
| | | | | rozliczyłem(am)się * jestem w trakcie rozliczania * nie rozliczyłem(am)się * |
| | | | | rozliczyłem(am)się * jestem w trakcie rozliczania * nie rozliczyłem(am)się * |

9. Przedmiot dofinansowania.....

.....

10. Cel dofinansowania (uzasadnienie składanego wniosku).....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

| 12. Przewidywany koszt realizacji zadania | Kwota wnioskowanego dofinansowania – do 95% |
|---|---|
| _____ 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 realizacji zadania -

2. Przewidywany czas realizacji zadania -

16. Określenie sposobu przekazania dofinansowania - Nazwa banku i numer rachunku bankowego

.....

17. Oświadczenie Wnioskodawcy

- 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 gromadzonych w systemie informatycznym/nieinformatycznym w celu wykonania zadania wynikającego z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, 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, 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 wydanego 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 - w wymaganych przypadkach
- 3) opinia ze szkoły od pedagoga, wychowawcy, dyrektora, opinia z poradni psychologiczno-pedagogicznej - w wymaganych przypadkach
- 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. Ocena merytoryczna**

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

.....
data, pieczętka i podpis pracownika PCPR

2. Decyzja Dyrektora PCPR

Wniosek rozpatrzono pozytywnie / negatywnie* i przyznano / nie przyznano* środki finansowe PFRON w wysokości _____ zł, słownie _____

_____ w ramach dofinansowania likwidacji barier w komunikowaniu się / technicznych.*

.....
data, pieczętka i podpis Dyrektora PCPR

Podstawa prawna: art. 35a ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych 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.

* niepotrzebne skreślić