

.....
pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek**POWIATOWE CENTRUM
POMOCY RODZINIE
we WSCHOWIE
ul.Pl. Kosynierów 1c****WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych zakupu urządzenia w ramach likwidacji barier technicznych****A. Dane dotyczące Wnioskodawcy (dane osoby niepełnosprawnej –
proszę wypełnić drukowanymi literami)**Imię i nazwisko
syn/córka data urodzenia
(imię ojca)

Adres zamieszkania:

Miejscowość ulica nr domu
nr lokalu kod pocztowy poczta
powiatDowód osobisty: seria nr wydany w dniu
przez

PESEL NIP

Telefon (z nr kier.)

Informacja o posiadaniu rachunku bankowego przez Wnioskodawcę

Czy Wnioskodawca posiada rachunek bankowy?.....

Imię i nazwisko posiadacza rachunku.....

Nazwa banku.....Nr rachunku.....

I.A. Stopień niepełnosprawności

	Trwale	Na czas określony
1. znaczny		
- inwalidzi I grupy,		
- osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji,		
- osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny		
- osoby w wieku do lat 16 , którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny,		
2. umiarkowany,		
- inwalidzi II grupy,		
- osoby całkowicie niezdolne do pracy,		
3. lekki,		
- osoby częściowo niezdolne do pracy,		
- osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym		

I.B. Rodzaj niepełnosprawności

1. osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim	
2. osoba poruszająca się przy pomocy innych przedmiotów ortopedycznych niż wózek inwalidzki	
3. osoba nie poruszająca się samodzielnie-leżąca	
4. osoba poruszająca się bez pomocy przedmiotów ortopedycznych, posiadająca dysfunkcję narządu Ruchu	
5. osoba całkowicie niewidoma	
6. osoba niedowidząca	
7. inne (jakie)	

II. Sytuacja zawodowa

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	

III.A. Sytuacja mieszkaniowa – warunki mieszkaniowe (wypełnia pracownik Centrum)

1. złe	
2. przeciętne	
3. dobre	
4. bardzo dobre	

III.B. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i mieszkania

1. Dom jednorodzinny*, wielorodzinny prywatny*, wielorodzinny komunalny*, wielorodzinny spółdzielczy*,
2. inne*
3. budynek parterowy*, piętrowy*, mieszkanie na piętrze,
4. przybliżony wiek budynku lub rok budowy
5. opis mieszkania: pokoje(podać liczbę), z kuchnią*, bez kuchni*, z łazienką*, bez łazienki, z wc*, bez wc*
6. łazienka jest wyposażona w: wannę*, brodzik*, kabinę prysznicową*, umywalkę*
7. w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej*, ciepłej*, kanalizacja*, centralne ogrzewanie*, prąd*, gaz*
8. inne informacje o warunkach mieszkaniowych
-
-

III.C. Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje

1. samotnie	
2. z rodziną	
3. z osobami nie spokrewnionymi	

Ilość osób niepełnosprawnych zamieszkujących z Wnioskodawcą i rodzaj niepełnosprawności.
Imię i nazwisko:

1.
2.
3.
4.

IV. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

cel dofinansowania	przyznana kwota	data i nr zawarcia umowy	stan rozliczenia umowy
Likwidacja barier architektonicznych			
Likwidacja barier technicznych			
Likwidacja barier w komunikowaniu się			
Inne (programy PFRON):			

V. Deklarowany udział własny Wnioskodawcy i/lub sponsora

1.deklarowany przez Wnioskodawcę procent pokrycia kosztów realizacji zadania (wymagany wkład własny wynosi 5 %)	
2. deklarowany przez sponsora procent pokrycia kosztów realizacji zadania	

VI. Uzasadnienie wniosku, określenie stanu zdrowia oraz wskazanie w jaki sposób realizacja zadania wpłynie na poprawę codziennego funkcjonowania wnioskodawcy i zlikwiduje bariery techniczne.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

VII. Wykaz planowanych inwestycji, zakupów w celu likwidacji barier (w kolejności od najważniejszego dla Wnioskodawcy)

.....

.....

.....

.....

.....

VIII. Informacja o ogólnej wartości nakładów poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania.....
.....
.....

IX. Termin rozpoczęcia.....

X Przewidywany czas realizacji zadania.....

XI. Miejsce realizacji zadania (dokładny adres).....
.....

XII. Przewidywany koszt likwidacji barier technicznychzł

Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania zł:**

cyframi :

(słownie: zł)

Oświadczam, że na podstawie art. 7 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie we Wschowie w celu ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Podane dane osobowe, zgodnie z art. 4 pkt 11 w/w rozporządzenia, tj. dobrowolnie, konkretnie, świadomie i jednoznacznie okazuję wolę oraz oświadczam, że są one zgodne z prawdą. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

Upředzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1,2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (t.j. Dz. U. z 2020 poz. 1444 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

Dofinansowanie ze środków PFRON nie przysługuje, jeżeli wnioskodawca ubiegający się o dofinansowanie ma zaległości wobec Funduszu lub był w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu i rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie wnioskodawcy.

O wszelkich zaistniałych zmianach mających wpływ na realizację wniosku zobowiązuję się powiadomić PCPR Wschowa w terminie 14 dni.

Oświadczam, że nie posiadam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, nie byłem w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z PFRON i uchwaleniu planu finansowego na dany rok.

Posiadam wymagane minimum tj. 5% środków własnych dla kosztów realizacji zadania.

.....
(podpis Wnioskodawcy*, przedstawiciela ustawowego*,
opiekuna prawnego*, pełnomocnika*)

** kwota wnioskowanego dofinansowania jest to 95% przewidywanego kosztu likwidacji barier

* właściwe zakreślić

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik
.....syn/córka
seria..... nr..... wydany w dniu przez
.....nr PESEL NIP.....
miejscowość ulicanr domu
nr lokalu..... nr kodu - pocztapowiat
województwo nr tel.(z nr kier.)
ustanowiony opiekunem*/pełnomocnikiem*
(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. repet. nr)

Adnotacje Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie:

Stwierdzam, że wniosek nie jest kompletny

Wezwano do uzupełnienia dokumentów do dnia:

.....
Data

.....
Podpis pracownika

Stwierdzam, że wniosek jest kompletny

.....
Data

.....
Podpis pracownika

Załączniki do wniosku:

1. Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (oryginał do wglądu).
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób.
3. Aktualne zaświadczenie wydane przez lekarza właściwego dla dysfunkcji, z której wynika niepełnosprawność, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności oraz wynikających z niej dysfunkcji utrudniających samodzielne funkcjonowanie*.
4. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier technicznych, poświadczenie zameldowania wydane przez właściwy urząd.
5. Pełnomocnictwo notarialne lub postanowienie Sądu o ustanowieniu opieki prawnej do reprezentowania Wnioskodawcy (w przypadku jego ustanowienia)
6. Specyfikacja oraz cena wnioskowanego sprzętu wydana przez sklep, hurtownię.

UWAGA!

W wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „nie dotyczy”. W przypadku gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu-załącznik nr...”, czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą.

* zaświadczenie wydane przez lekarza nie może być starsze niż 3 miesiące od daty złożenia wniosku

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Ja* niżej podpisany(a).....zamieszkały(a) w
/ imię i nazwisko /

.....
/ adres zamieszkania /

pouczony(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, oświadczam, że jestem osobą samotnie gospodarującą*/ prowadzę wspólne gospodarstwo domowe, w którym wraz ze mną pozostają następujące osoby:*

* niepotrzebne skreślić

L.p.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Dochód netto za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek	Źródło dochodu
1		Wnioskodawca		
2				
3				
4				
5				
6				
7				
Razem:				

Średni miesięczny dochód w mojej rodzinie wynosi: zł
(należy dochód ogółem podzielić przez trzy)

Oświadczam, że **średni miesięczny dochód na osobę w mojej rodzinie wynosi:**
.....zł (należy średni miesięczny dochód podzielić przez liczbę osób w rodzinie)

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem

.....
data

.....
podpis wnioskodawcy

* w przypadku osoby niepełnoletniej wypełnia jedno z rodziców lub opiekun prawny