

PCPR.....

znak sprawy

.....

data wpływu wniosku

.....

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 w
komunikowaniu się**

**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

powiat

Dowód 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 nie poruszająca się samodzielnie-leżąca	
3. osoba całkowicie niewidoma	
4. osoba niedowidząca	
5. dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
6. wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	
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. 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.
5.

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 minimum 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 w komunikowaniu.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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 w komunikowaniu sięzł

Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania zł:**

cyframi :

(słownie: zł)

Uwaga!

Wnioskodawca zobowiązuje się do pokrycia ze środków innych niż PFRON pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy całkowitym kosztem realizacji zadania a kwotą dofinansowania ze środków PFRON

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*)

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

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

* właściwe zakreślić

Przedstawiciel ustawy* (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik**

.....syn/córka

seria..... nr..... wydany w dniu przez

.....nr PESEL NIP.....

miejsowość 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 specjalistę właściwego dla dysfunkcji, z której wynika niepełnosprawność, zawierające informację o problemach w komunikowaniu się, wynikających ze schorzenia*.
4. Uzasadnienie potrzeby posiadania komputera napisane przez psychologa lub pedagoga.(tylko w przypadku osób realizujących obowiązek szkolny do 18 roku życia)
5. Specyfikacja oraz cena wnioskowanego sprzętu wydana przez sklep, hurtownię.
6. Pełnomocnictwo notarialne lub postanowienie Sądu o ustanowieniu opieki prawnej do reprezentowania Wnioskodawcy (w przypadku jego ustanowienia)
7. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania, w przypadku częściowego finansowania zadania z innych źródeł.

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 specjalistę 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*, przedstawiciela
ustawowego*, opiekuna prawnego*,
pełnomocnika*)

Stempel zakładu opieki zdrowotnej

.....
Miejscowość, data

ZASWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie we Wschowie
LIKwidACJA BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ¹
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta
Adres zamieszkania
Data urodzenia	(dd-mm-rr)
PESEL
Rodzaj wnioskowanego sprzętu przez Pacjenta

1. Rodzaj niepełnosprawności lub dysfunkcji (należy zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką)

dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim (opis schorzenia)	<input type="checkbox"/> pieczętka i podpis lekarza
dysfunkcja narządu wzroku (opis schorzenia)	<input type="checkbox"/> pieczętka i podpis lekarza
dysfunkcja narządu słuchu lub mowy (opis schorzenia)	<input type="checkbox"/> pieczętka i podpis lekarza
inne schorzenia jakie?	<input type="checkbox"/> pieczętka i podpis lekarza

¹ Likwidacja barier w komunikowaniu się przysługuje osobie niepełnosprawnej jeżeli realizacja zadania umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie wykonywanie codziennych, podstawowych kontaktów z otoczeniem i jeżeli jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności. Przez likwidację barier w komunikowaniu rozumiemy likwidację ograniczeń uniemożliwiających lub utrudniających osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się lub przekazywanie informacji.

2. Stopień zaawansowania schorzenia:

GŁĘBOKI

UMIARKOWANY

LEKKI

3. Czy schorzenie ma charakter trwały (należy zakreślić właściwe pole)?

TAK

NIE

3. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i środki pomocnicze (np.: aparat słuchowy, okulary):

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

4. Jakie trudności obecnie posiada pacjent w komunikowaniu się z otoczeniem?

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

.....
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie