

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w sprawie zakupu urządzeń w ramach likwidacji barier w **komunikowaniu się**

Dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych nie przysługuje osobom niepełnosprawnym, które w ciągu **trzech lat** przed złożeniem wniosku uzyskały odpowiednio na te cele dofinansowanie ze środków Funduszu, § 9 ust. 3 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz.U. z 2015r. poz. 926).

I. DANE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

.....
imię i nazwisko

nr PESEL..... Data urodzenia

ADRES ZAMIESZKANIA:

kod pocztowy _ _ - _ _ _ poczta.....

miejsowość.....ulica.....

nr domu.....nr lokalu.....

Numer telefonu

Adres e-mail:

Adres do korespondencji:

Taki sam jak adres zamieszkania

Dane przedstawiciela ustawowego (rodzica dla małoletniego wnioskodawcy), **opiekuna prawnego, pełnomocnika:**

..... PESEL

.....
imię i nazwisko

dowód osobisty: seria..... nr..... wydany w dniu.....

przez.....

adres zamieszkania:

kod pocztowy _ _ - _ _ _nr tel.

Adres e-mail:

II. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (proszę wstawić X we właściwej rubryce)

| | |
|--|---|
| Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności: | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| Numer orzeczenia: | |
| Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest: | <input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia: |
| Stopień niepełnosprawności: | <input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> nie dotyczy |
| Grupa inwalidzka: | <input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy |

| | |
|--------------|---|
| Niezdolność: | <input type="checkbox"/> osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> nie dotyczy |
|--------------|---|

III. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI: (proszę wstawić X we właściwej rubryce)

| | |
|---|---|
| Rodzaj niepełnosprawności: | <input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> 06-E- epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo – pęciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne <input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe |
| Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności: | <input type="checkbox"/> tak (proszę zaznaczyć ile) <input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny <input type="checkbox"/> nie |

IV. SYTUACJA MIESZKANIOWA – zamieszkuje

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

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

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe: indywidualnie wspólnie

Przeciętny miesięczny dochód (netto) na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy (w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku) wynosi: zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

VI. Korzystanie ze środków PFRON

- nie korzystałem/am
 korzystałem/am

| Cel dofinansowania | Nr umowy | Data zawarcia umowy | Kwota dofinansowania | Stan rozliczenia |
|--------------------|----------|---------------------|----------------------|------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

VII. Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania (wykaz sprzętu):

.....

VIII. Udział własny wnioskodawcy i wysokość wnioskowanego dofinansowania:

| | |
|--|-----|
| 1. przewidywany łączny koszt realizacji zadania | zł. |
| 2. deklarowane środki własne | zł. |
| 3. Udokumentowane inne źródła finansowania zadania (np. sponsor, fundacja itp.): | zł. |

Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON (nie więcej niż 95%):

cyfrą: (słownie:zł)

IX. Cel dofinansowania i uzasadnienie (uzasadnienie wniosku – jakie występują ograniczenia w komunikowaniu się i w jaki sposób zakup wnioskowanego sprzętu ułatwi osobie niepełnosprawnej porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji):

.....

X. Miejsce realizacji oraz termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

.....

XIII. Informacja 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, lub wpisać „nie dotyczy”

.....

XI. Forma przekazania środków finansowych:

przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę

Właściciel konta (imię i nazwisko):

Nazwa banku i nr rachunku bankowego:

 konto Sprzedawcy podane na dowodzie zakupu

XIII. Informacje dodatkowe i Oświadczenia:**Sytuacja zawodowa osoby niepełnosprawnej:**

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą | <input type="checkbox"/> Rencista poszukujący pracy |
| <input type="checkbox"/> Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca | <input type="checkbox"/> Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy |
| <input type="checkbox"/> Bezrobotny poszukujący pracy | <input type="checkbox"/> Dzieci i młodzież do lat 18 |
| | <input type="checkbox"/> Inne / jakie? |

Oświadczam, że świadomy/a/ odpowiedzialności karnej za podanie informacji niezgodnej z prawdą, wynikającej z artykułu 233 §1, 2 i 3 Kodeksu Karnego. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich (mojego dziecka) danych osobowych przez PCPR w zakresie niezbędnym dla realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019r. poz. 1781).

Oświadczam, że zostałem poinformowany, że zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L z 04.05.2016 r., Nr 119, s. 1), zwanego dalej w skrócie „RODO”, że administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wieliczce z siedzibą przy ul. Niepołomska 26G. Dane przetwarzane są w związku z realizacją zadań ustawowych. Klienci Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie mają prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, a administrator danych osobowych może przekazać dane upoważnionym podmiotom na podstawie przepisów prawa. Podawanie danych osobowych jest obowiązkowe w celu realizacji zadań ustawowych, w innych przypadkach ma charakter dobrowolny.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami udzielania pomocy w ramach zadania.

Oświadczam, że nie poniosłam/em kosztów na realizację zadania (zakup sprzętu) przed złożeniem wniosku oraz nie poniosę ich do dnia przyznania dofinansowania i podpisania umowy z PCPR w Wieliczce.

Oświadczam, że posiadam środki własne na realizację zadania.

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

Niniejszym oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż zgodnie z art. 10 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego przysługuje mi prawo czynnego udziału w każdym stadium postępowania, zapoznania się z materiałem dowodowym, a przed wydaniem decyzji wypowiedzenia się i zgłoszenia zastrzeżeń.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie

Załączniki do wniosku:

1. kopia aktualnego orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
2. **aktualne zaświadczenie lekarskie** zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności wypełnione czytelnie w języku polskim (załącznik nr 1 do wniosku),
3. zaświadczenie o dochodach netto Wnioskodawcy i osób prowadzących gospodarstwo domowe wspólnie z Wnioskodawcą za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (np. kwartałem poprzedzającym dla wniosku złożonego w styczniu, lutym lub w marcu jest czwarty kwartał roku poprzedniego).
4. w przypadku, gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego, do wniosku należy załączyć odpowiednio kopię pełnomocnictwa lub postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego,
5. oferta cenowa (faktura pro-forma), wystawiona na wnioskodawcę.

.....
data

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

*niewłaściwe skreślić

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Zaświadczenie lekarskie

wydane dla potrzeb PFRON – likwidacja barier w komunikowaniu się
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i Nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

1. Rodzaj schorzeń utrudniających lub uniemożliwiających osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji:

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

2. Używane zaopatrzenie ortopedyczne:

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

3. Wykaz sprzętu ułatwiającego komunikowanie się:

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

4. Uzasadnienie – czy posiadane schorzenie utrudnia lub uniemożliwia osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji, uzasadniające dofinansowanie wnioskowanego sprzętu:

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

.....
Data

.....
Pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie