

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych:

- likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej*,
- likwidacji barier technicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej*,
- likwidacji barier w komunikowaniu się w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej*

1. DANE WNIOSKODAWCY/OPIEKUN PRAWNY/PRZEDSTAWIECIEL USTAWOWY

(proszę wypełnić drukowanymi literami)

Nazwisko:	Imię:
PESEL:	Data urodzenia:
Adres zamieszkania:	
Nr telefonu:	Nazwa banku i numer rachunku bankowego

2. DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO *(wypełnić w przypadku ustanowienia opiekuna prawnego)*

Nazwisko:	Imię:
PESEL:	Data urodzenia:
Adres zamieszkania:	

Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik*:

znaczny stopień niepełnosprawności	
umiarkowany stopień niepełnosprawności	
lekki stopień niepełnosprawności	
orzeczenie o niepełnosprawności do 16 roku życia	

Ważność dokumentu*: stała okresowa – do

Rodzaj niepełnosprawności*:

dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się za pomocą kul	
inna dysfunkcja narządu ruchu	
dysfunkcja narządu słuchu	
dysfunkcja narządu wzroku	
Inne dysfunkcje (jakie?)	

*Wstawić X w odpowiednim miejscu

* Wstawić X w odpowiednim miejscu

3. PRZEDMIOT WNIOSKU, PRZEZNACZENIE DOFINANSOWANIA:

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

CEL DOFINANSOWANIA – UZASADNIENIE:

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

4. WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ, INWESTYCJI, ZAKUPÓW (wraz z podaniem orientacyjnych kosztów):

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

5. PLAN REALIZACJI ZADANIA

- Miejsce realizacji zadania (podać dokładny adres, gdzie będzie przeprowadzona likwidacja barier, czyli miejsce zamieszkania Wnioskodawcy)
.....
- Termin rozpoczęcia (podać miesiąc planowanego zakupu i montażu) i przewidywany czas realizacji zadania (np. jeden miesiąc)
.....
- Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek oraz dotychczasowe źródła finansowania – w przypadku dokonanych już zakupów lub prac (jeśli brak wpisać „nie dotyczy”)
.....
- Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania (fundacje, sponsorzy itp., jeśli brak wpisać „nie dotyczy”)
.....

6. KOSZT ZADANIA

Przewidywany koszt ogółem (100%)zł
Deklarowane środki własne (min. 5%)zł
Wnioskowana kwota ze środków PFRON (max. 95%)zł

7. DOTYCHCZASOWE KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia
<u>Razem</u>		-----	-----	

Nie korzystałem/łam z dofinansowań ze środków PFRON

8. SYTUACJA MIESZKANIOWA – OPIS BUDYNKU/MIESZKANIA *

- dom jednorodzinny, wielorodzinny prywatny, wielorodzinny komunalny, wielorodzinny spółdzielczy, inne
- budynek parterowy, piętrowy, mieszkanie napiętrze
- przybliżony wiek budynku lub rok budowy
- opis mieszkania: pokoje (podać liczbę), z kuchnią, bez kuchni, z łazienką, bez łazienki, z wc, bez wc
- łazienka jest wyposażona w: wannę, brodzik, kabinę prysznicową, umywalkę
- w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej, ciepłej, kanalizacja, centralne ogrzewanie, prąd, gaz
- **numer księgi wieczystej (dotyczy likwidacji barier architektonicznych).....**
- inne informacje o warunkach mieszkaniowych

* podkreślić właściwe

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

Ja niżej podpisany zam.
oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

Lp	Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą	Imię	Nazwisko	Data urodzenia	Średni miesięczny dochód za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku ¹
1	Wnioskodawca				
2		Nie należy wpisywać imion i nazwisk osób, z którymi prowadzi się wspólne gospodarstwo domowe. Należy podać tylko ich rok urodzenia, stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą i dochód miesięczny.			
3					
4					
5					
6					
				RAZEM	

W przypadku osób samotnych do oświadczenia należy wpisać tylko Wnioskodawcę.

Niniejszym oświadczam, że mój przeciętny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi:złgr. (słownie:).

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. 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. U. UE. L. 119.1 z 04.05.2016) informuję, iż:

Administratorem danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Zabkowicach Śląskich (57-200) przy ulicy Bolesława Prusa 5. Z administratorem można skontaktować się mailowo: sekretariat@pcpr-zabkowiceslaskie.pl lub pisemnie na adres siedziby administratora. Dyrektor wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować poprzez e-mail: iod@zabkowice-powiat.pl.

Dane przetwarzane są dla celów związanych z rozpatrzeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych/ technicznych/ barier w komunikowaniu się, na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

Dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych, którymi mogą być podmioty upoważnione na podstawie odpowiednich przepisów prawa. Szczegółowe informacje związane z przetwarzaniem danych osobowych zamieszczone zostały w klauzuli informacyjnej wywieszanej na tablicy ogłoszeń lub na stronie internetowej: www.pcpr-zabkowiceslaskie.pl/klauzula-informacyjna.

¹ Jest to średni miesięczny dochód w rozumieniu ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. nr 228 poz. 2255 z późn. zm.) pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składką z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie na rzecz innych osób.

* podkreślić właściwe

OŚWIADCZENIA:

1. Uprzedzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 § 1 kodeksu karnego za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że przedstawione przeze mnie dane we wniosku o dofinansowanie oraz załącznikach są prawdziwe.

2. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych oraz informacji dotyczących zdrowia dla potrzeb rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych/ technicznych / barier w komunikowaniu się* oraz realizacji obowiązków względem Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ząbkowicach Śląskich.

* podkreślić właściwe

3. Oświadczam, że nie posiadam zaległości wobec PFRON i nie byłem w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

.....
*Data i podpis Wnioskodawcy, przedstawiciela
ustawowego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika*

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

.....
data

ZASWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
(*prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*)

Imię i nazwisko pacjenta

Adres zamieszkania

PESEL.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....

2. Pacjent posiada trudności w poruszaniu się:

TAK

NIE

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy (*zakreślić właściwe*):

<input type="checkbox"/>	pacjent porusza się na wózku inwalidzkim	Pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	pacjent jest osobą leżącą	Pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	pacjent porusza się przy pomocy kul łokciowych lub innych podpórek ułatwiających chodzenie	Pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	pacjent ze znacznym niedowładem kończyn dolnych, objawiającym się:	Pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	pacjent z brakiem kończyn:	Pieczętka i podpis lekarza

<input type="checkbox"/>	pacjent posiada dysfunkcję narządu wzroku	Pieczątką i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	pacjent posiada dysfunkcję narządu słuchu	Pieczątką i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	pacjent posiada dysfunkcję narządu mowy	Pieczątką i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	pacjent posiada inne dysfunkcje:	Pieczątką i podpis lekarza

WSKAZANIA:

.....

.....

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

Załączniki do wniosku o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych:

I ETAP:

1. Kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik (oryginał do wglądu),
2. Aktualne czytelne, zaświadczenie lekarskie (druk w załączeniu),
3. Udokumentowana podstawa prawna zameldowana w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych tj: akt notarialny lub umowa najmu (oryginał do wglądu),
4. Zgoda właściciela/ współwłaściciela na likwidację barier architektonicznych,
5. Kserokopia pełnomocnictwa lub postanowienia sądu (w przypadku ustanowienia pełnomocnika lub opiekuna prawnego) (oryginał do wglądu)

II ETAP:

1. Kosztorys szczegółowy sporządzony według wytycznych PCPR oraz szkice stanu istniejącego i projektowanego,
2. Pozwolenie na budowę/ zgłoszenie (jeśli jest wymagane),
3. Oświadczenie o zamieszkanui.

Załączniki do wniosku o dofinansowanie likwidacji barier technicznych:

1. Kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik (oryginał do wglądu),
2. Aktualne czytelne, zaświadczenie lekarskie (druk w załączeniu),
3. Pełnomocnictwo lub postanowienie sądu (w przypadku ustanowienia pełnomocnika lub opiekuna prawnego),
4. Faktura pro-forma lub oferta cenowa zawierająca nazwę sprzętu i kwotę brutto.

Załączniki do wniosku o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się:

1. Kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik (oryginał do wglądu),
2. Aktualne czytelne, zaświadczenie lekarskie (druk w załączeniu),
3. Pełnomocnictwo lub postanowienie sądu (w przypadku ustanowienia pełnomocnika lub opiekuna prawnego),
4. Faktura pro-forma lub oferta cenowa zawierająca nazwę sprzętu i kwotę brutto.

ADNOTACJE *(wypełnia pracownik PCPR)*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wniosek rozpatrzono:

pozytywnie na kwotę zł. Pieniądze przekazano: na konto / przekazem pocztowym*

.....
.....

negatywnie z powodu

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

Data

podpis

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ząbkowicach Śląskich
ul. B. Prusa 5, 57-200 Ząbkowice Śl.
Tel. (74) 815-60-00,815-68-28

* zaznaczyć właściwie