

NR sprawy BON.5142.....

.....
data wpływu kompletnego wniosku (dzień, miesiąc, rok)

pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

WNIOSEK**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji BARIER TECHNICZNYCH w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej****Likwidacja barier technicznych – wykonanie prac lub zakup urządzeń umożliwiających lub ułatwiających osobie niepełnosprawnej wykonanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem, jeżeli jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności.**

(wniosek należy wypełnić czytelnie, niebieskim długopisem)

1. DANE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSEK:

Imię i nazwisko		PESEL
Kod pocztowy	miejsowość	Adres
Data urodzenia	gmina	Telefon
Dowód osobisty (seria i numer)		wydany przez..... ważny do.....

2. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (WYPEŁNIĆ, JEŚLI WNIOSEK DOTYCZY OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ), OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA:

Imię i nazwisko		PESEL
Kod pocztowy	miejsowość	Adres
Data urodzenia	gmina	Telefon
Dowód osobisty (seria i numer)		wydany przez..... ważny do.....
Opiekun prawny* - ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia..... sygnatura akt.....		
Pełnomocnik* - na mocy pełnomocnictwa poświadczonego przez notariusza z dnia..... nr repetytorium.....		

Wniosek składam	(wstawić X we właściwej rubryce)
Po raz pierwszy	
Po raz kolejny – wpisać rok złożenia pierwszego wniosku	

3. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (wstawić X we właściwej rubryce)

Posiadane orzeczenie:			
Stopień niepełnosprawności			
znacznym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> I grupa	całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/>
umiarkowany	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> II grupa	całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/>
lekki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> III grupa	częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/>
o niepełnosprawności (do 16. roku życia) <input type="checkbox"/>			
termin ważności orzeczenia	<input type="checkbox"/>	trwałe	<input type="checkbox"/> czasowe do

4. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (wstawić X we właściwej rubryce)

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak lub amputacja dłoni lub rąk	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. dysfunkcja układu oddechowego i krążenia	
7. choroby neurologiczne	
8. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia i inne	

5. SYTUACJA ZAWODOWA (wstawić X we właściwej rubryce)

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	

*niepotrzebne skreślić

6. SYTUACJA MIESZKANIOWA-ZAMIESZKUJĘ (wstawić X we właściwej rubryce)

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

7. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW FINANSOWYCH PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

TAK <i>korzystano</i>	NIE <i>korzystano</i>
------------------------------	------------------------------

	nazwa	rok	kwota
1. na likwidację barier architektonicznych			
2. na likwidację barier technicznych			
3. na likwidację barier w komunikowaniu się			
4. na zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny			
5. inne PFRON			

8. PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA (NAZWA URZĄDZENIA)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

9. CEL LIKWIDACJI BARIER TECHNICZNYCH – WYCZERPUJĄCE UZASADNIENIE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania zł:

Cyframi:.....

(słownie.....zł)

UWAGA!

- 1. Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z otrzymaniem dofinansowania.**
- 2. Warunkiem zrealizowania dofinansowania z zakresu likwidacji barier technicznych jest wcześniej zawarta umowa z PCPR.**

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

Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier technicznych

10. OŚWIADCZENIA

- **Liczba osób pozostających ze mną w gospodarstwie domowym:**
.....

Oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód netto**, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, **podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym**, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku **wynosi:**
..... **zł**

słownie:.....

- Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
- Oświadczam, że nie byłam/em w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
- Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i §6 k.k. w zw. z art. 75 §2 i art. 83§3 k.p.a. (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm) za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku zostały podane zgodnie z prawdą.
- **O zaistniałych zmianach po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni od zaistnienia zmiany.**

.....
czytelny podpis wnioskodawcy
(osoby niepełnosprawnej lub jej
Pełnomocnika, przedstawiciela
ustawowego, opiekuna prawnego)

11. KLAUZULA INFORMACYJNA

Informuję, że:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie we Wrześni, ul. Wojska Polskiego 1, 62-300 Września**, zwanym dalej Administratorem; Administrator prowadzi operacje przetwarzania Pani/Pana danych osobowych,
- 2) kontakt do inspektora danych osobowych: e-mail: inspektor@osdidk.pl,
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań i nie będą udostępniane innym odbiorcom,
- 4) Administrator danych osobowych, przetwarza Pani/Pana dane osobowe na podstawie obowiązujących przepisów prawa, zawartych umów oraz na podstawie udzielonej zgody.
- 5) podanie danych jest niezbędne do zawarcia umowy, w przypadku niepodania danych niemożliwe jest zawarcie umowy,
- 6) posiada Pani/Pan prawo do:
 - żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
 - wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania,
 - przenoszenia danych,
 - wniesienia skargi do organu nadzorczego,
 - cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych.
- 7) Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu,
- 8) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt 3, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.

12. ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie we Wrześni, ul. Wojska Polskiego 1, 62-300 Września** w celu uzyskania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
3. Oświadczam, że 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.

.....
 czytelny podpis wnioskodawcy
 (osoby niepełnosprawnej lub jej
 Pełnomocnika, przedstawiciela
 ustawowego, opiekuna prawnego)

Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier technicznych

Załączniki do wniosku:

1. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o obecnym stanie zdrowia **wskazujące na zasadność** zakupu wnioskowanego sprzętu
2. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu).
3. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku ich posiadania.
4. Kopia decyzji o pobieraniu zasiłku pielęgnacyjnego w przypadku jego pobierania.
5. Zaświadczenie z powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.
6. Oferta cenowa na zakup sprzętu wystawiona przez dostawcę sprzętu rehabilitacyjnego na:
 - wnioskodawcę,
 - rodzica lub przedstawiciela ustawowego, ze wskazaniem osoby, której dotyczy zakup (w przypadku małoletniego dziecka),
 - opiekuna prawnego ze wskazaniem osoby, której dotyczy zakup (w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej) – należy dołączyć dokument ustanowienia opieki prawnej (postanowienie sądu lub pełnomocnictwo notarialne).
7. Kopia pełnomocnictwa ustanowienia opiekuna prawnego/pełnomocnika postanowieniem Sądu lub poświadczonego przez notariusza.

KARTA WERYFIKACJI WNIOSKÓW O DOFINANSOWANIE LIKWIDACJI BARIER TECHNICZNYCH

I. Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku:

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku „X”	Uzupełniono	Data uzupełnie nia
		<i>(wypełnia pracownik PCPR)</i>		
1.	Aktualne zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza rodzinnego lub specjalistę, zawierające informację o obecnym stanie zdrowia wskazujące na zasadność zakupu wnioskowanego sprzętu			
2.	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności.			
3.	Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku ich posiadania.			
4.	Kopia decyzji o pobieraniu zasiłku pielęgnacyjnego w przypadku jego pobierania			
5.	Zaświadczenie z powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.			
6.	Oferta cenowa na zakup sprzętu wystawiona przez dostawcę sprzętu na: wnioskodawcę, rodzica lub przedstawiciela ustawowego, ze wskazaniem osoby, której dotyczy zakup (w przypadku małoletniego dziecka), opiekuna prawnego ze wskazaniem osoby, której dotyczy zakup (w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej) – należy dołączyć dokument ustanowienia opieki prawnej (postanowienie sądu lub pełnomocnictwo notarialne).			
7.	Kopia pełnomocnictwa ustanowienia opiekuna prawnego/pełnomocnika postanowieniem Sądu lub poświadczonego przez notariusza.			

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów:	Sprawdzono pod względem merytorycznym

I. Imię i nazwisko wnioskodawcy

1. Wiek.....
2. Orzeczenie (rodzaj)
3. Ważne do
4. Przyczyny niepełnosprawności.....
5. Korzystanie ze środków PFRON.....

II. Dochód

Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym	
Miesięczny dochód rodziny w przeliczeniu na 1 członka w rodzinie	

III. Opis sytuacji:

.....

IV. Wnioskowany przedmiot dofinansowania

.....

V. Opinia zespołu ds. rozpatrywania wniosków:

Wniosek zaopiniowany:

pozytywnie

Kwota dofinansowania.....

UWAGI.....

.....

.....

negatywnie

.....

.....

.....

Data i podpisy członków zespołu

Likwidacja barier technicznych –wykonanie prac lub zakup urządzeń umożliwiających lub ułatwiających osobie niepełnosprawnej wykonanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem, jeżeli jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności.

.....
Miejscowość i data

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
dotyczące likwidacji barier technicznych

Imię i nazwisko..... PESEL.....

Adres zamieszkania.....

I. Przyczyny niepełnosprawności (wstawić X w odpowiednim polu)

1. upośledzenie umysłowe	
2. choroby psychiczne	
3. zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	
4. choroby narządu wzroku	
5. upośledzenie narządu ruchu	
6. epilepsja	
7. choroby układu oddechowego	
8. choroby układu pokarmowego	
9. choroby układu moczowo - płciowego	
10. choroby neurologiczne	
11. inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenie, choroby układu krwiotwórczego	
12. częściowe zaburzenia rozwoju.	

II. Opis niepełnosprawności:.....

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

III. Uzasadnienie, dlaczego wskazana jest likwidacja barier technicznych

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

.....
Pieczętka i podpis lekarza