

Zwoleń, dn.

**POWIATOWE CENTRUM
POMOCY RODZINIE
W ZWOLENIU**

Nr wniosku.....

Data wpływu.....

Wniosek przyjął.....

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

W n i o s k o d a w c a (proszę wypełnić drukowanymi literami)

imię i nazwisko
seria nr wydany w dniu przez
dowód osobisty

nr PESEL nr NIP

miejscowość ulica nr domu nr lokalu
adres stałego zameldowania

nr kodu-..... poczta powiat

województwonr tel./faxu (z nr kier.)

Proszę o dofinansowanie

należy podać nazwę urządzenia (ewentualnie montaż), rodzaj usługi

w łącznej wysokości zł.

słownie (..... zł.)

co stanowi % ceny brutto, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł.

Oświadczam, że zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

Krótkie uzasadnienie składanego wniosku

Informacje o Wnioskodawcy

I. A. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik¹

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 które posiadają orzeczenie o niepełnosprawności	
2. umiarkowany	
Inwalidzi II grupy	
Osoby całkowicie niezdolne do pracy	
3. lekki	
Pozostali inwalidzi III grupy	
Osoby częściowo niezdolne do pracy	
Osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

I. B. Rodzaj niepełnosprawności¹

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządu słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

I. C. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym (w tym osoby niepełnosprawne)

Imię i nazwisko – pokrewieństwo	Niepełnosprawność		Średni miesięczny dochód [zł.]**
	Stopień ²	Rodzaj ³	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

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	

1. proszę wstawić X we właściwej rubryce
2. proszę wstawić właściwe oznaczenia cyfrowe z tablicy I.A
2. proszę wstawić właściwe oznaczenia cyfrowe z tablicy I.B

III. Nazwa banku i numer rachunku bankowego

[illegible]

IV. Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania

.....

.....

.....

V Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

.....

.....

.....

VI. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania

.....

.....

.....

VIII. Udokumentowana informacja o ewentualnym dofinansowaniu z innych źródeł, przeznaczonych na ten sam cel

(data i podpis Wnioskodawcy*, przedstawiciela ustawowego*, opiekuna prawnego*

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu
4. Zaświadczenie*/ oświadczenie o dochodach Wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą
5. Zaświadczenie Kierownika Powiatowego Urzędu Pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy
6. Kopia aktualnego dowodu osobistego Wnioskodawcy lub opiekuna prawnego lub przedstawiciela ustawowego
7. Zgoda właściciela budynku lub lokalu mieszkalnego, jeżeli taka zgoda jest wymagana
8. Inne dokumenty:.....

1. Wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych, w bazie danych PCPR w Zwoleniu, dla potrzeb wynikających z realizacji zadań z dofinansowaniem ze środków PFRON, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 1997 Nr 133, poz. 883 z późn. zm.).
2. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy (art.233 § 1 Kodeksu Karnego, Dz. U. Nr 88, poz. 533 z późn. zm.) „Kto składając zeznanie mające służyć jako za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”).
3. Oświadczam, że nie mam zaległości w terminowym regulowaniu wymagalnych zobowiązań wobec PFRON.
4. W przypadku gdy Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zwoleniu poweźmie wątpliwość odnośnie do podanych we wniosku o dofinansowanie danych, w szczególności co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, mających wpływ na przyznanie dofinansowania, wzywa wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie, nie dłuższym niż 14 dni, licząc od dnia otrzymania wezwania, wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.
5. W przypadku wykrycia faktu wprowadzenia w błąd organu rozpatrującego wniosek, podania nieprawdziwych informacji, zobowiązuje się do zwrotu pełnej kwoty udzielonego dofinansowania wraz z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonania przez PCPR płatności tego dofinansowania, w terminie wskazanym przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zwoleniu.
6. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się poinformować PCPR w ciągu 14 dni.

Dochód – w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 28 listopada 2003 o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. Nr 228 poz. 2255 z późn. zm.) pomniejszony o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne oraz kwotę świadczonych alimentów i powiększony o dochody z działalności gospodarczej, dochody z gospodarstwa rolnego oraz inne dochody nieopodatkowane wymienione w niniejszej ustawie.

UWAGA !!!

1. Podstawę dofinansowania zadań ze środków PFRON stanowi umowa zawarta przez Kierownika Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Zwoleń z osobą niepełnosprawną lub jej przedstawicielem ustawowym, opiekunem prawnym.(§ 14 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 roku w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Powiatowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Dz. U. Nr 96 poz. 861 ze zmianami).

2.Dofinansowanie ze środków PFRON nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowaniu ze środków PFRON (§ 9 ust. 3 w/w Rozporządzenia).

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
(data i podpis Wnioskodawcy*,

.....
przedstawiciela ustawowego*, opiekuna prawnego*)

.....
/ imię i nazwisko przyjmującego wniosek /

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy¹), Opiekun prawny lub Pełnomocnik

..... syn/córka

imię (imiona) i nazwisko imię ojca

seria nr wydany w dniu przez

dowód osobisty

nr PESEL nr NIP

mięscowość..... ulica nr domu..... nr lokalu

adres stałego zameldowania

nr kodu-..... poczta powiat

województwo nr tel./faxu (z nr kier.)

ustanowiony

Opiekunem*/Pełnomocnikiem*

.....

* postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. sygn. akt

* na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza

z dn. repet. nr.

* - niepotrzebne skreślić

** średni miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych, pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowych i chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony z okresu ostatnich trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku

1 - jeśli dotyczy

Adnotacje przyjmującego wniosek

.....

.....

.....

.....

I. Ocena zasadności wniosku

.....

.....

.....

.....

.....
(data i podpis)

II. Opinia Komisji ds. opiniowania wniosków o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się

.....

.....

.....

.....

.....
(data) (podpisy)

III. Decyzja o przyznaniu dofinansowania

.....

.....

.....

.....

.....
(data i podpis)

.....
Podpis i pieczęć Kierownika PCPR

Zaświadczenie lekarskie

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Proszę wypełnić czytelnie w języku polskim.

Imię i Nazwisko

Data i miejsce urodzenia PESEL

Adres zamieszkania

Rozpoznanie choroby zasadniczej:

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

2. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

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

3. Sprawność osoby niepełnosprawnej:

kończyn górnych:

- ☐ pełna
- ☐ częściowo ograniczona
- ☐ całkowicie niesprawne

kończyn dolnych:

- ☐ pełna
- ☐ częściowo ograniczona
- ☐ całkowicie niesprawne

Osoba porusza się

- ☐ samodzielnie
- ☐ z częściową pomocą
- ☐ wyłącznie z pomocą
- ☐ na wózku inwalidzkim
- ☐ jest osobą leżącą

4. Używane zaopatrzenie ortopedyczne:

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

5.. Informacje uzupełniające:

.....
.....

.....

(data)

.....

(podpis lekarza)