

PCPR.545. .2022

WNIOSEK

o dofinansowanie zakupu sprzętu lub wykonania usług z zakresu likwidacji barier architektonicznych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

CZĘŚĆ A – DANE WNIOSKODAWCY

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY	
Imię:	Nazwisko:
Drugie imię:	PESEL:
Data urodzenia:	Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
ADRES ZAMIESZKANIA	
Miejscowość:	Ulica:
Numer domu:	Numer lokalu:
Kod pocztowy:	Poczta:
Rodzaj miejscowości: <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś	Numer kontaktowy:
Adres e-mail:	
ADRES KORESPONDENCYJNY	
<input type="checkbox"/> taki sam jak zamieszkania	
Miejscowość:	Ulica:
Numer domu:	Numer lokalu:
Kod pocztowy:	Poczta:

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY	
Imię:	Nazwisko:
Drugie imię:	PESEL:
Data urodzenia:	Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO	
Miejscowość:	Ulica:
Numer domu:	Numer lokalu:
Kod pocztowy:	Poczta:

Rodzaj miejscowości: <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś	Numer kontaktowy:
Adres e-mail:	

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

	<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 z jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy)	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:	<input type="checkbox"/> indywidualnie <input type="checkbox"/> wspólnie
Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy: <i>(Miesięczny dochód w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych to dochód pomniejszony o obciążenia zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń społecznych oraz kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.)</i>	
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie wynosi:	

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/technicznych ze środków finansowych PFRON:	<input type="checkbox"/> nie korzystałem/am <input type="checkbox"/> korzystałem/am
---------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

cel dofinansowania	numer umowy	data zawarcia umowy	kwota dofinansowania	stan rozliczenia

CZĘŚĆ B – PRZEDMIOT WNIOSKU**PRZEDMIOT WNIOSKU**

Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:	
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%)	
Słownie:	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:	
Słownie:	
Co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:	
Deklarowane środki własne:	
Inne źródła finansowania:	

WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER

Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:	
Miejsce realizacji zadania:	
Termin rozpoczęcia:	
Przewidywany czas realizacji:	
Słownie:	

OPIS PONIESIONYCH NAKŁADÓW

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.

SYTUACJA ZAWODOWA

- zatrudniony/a/ prowadzący/a działalność gospodarczą
- osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
- bezrobotny/a poszukujący/a pracy
- rencista/тка poszukujący/a pracy
- rencista/тка/emeryt/ka nie zainteresowany/a podjęciem pracy
- dzieci i młodzież do lat 18
- inne/ jakie?.....

OŚWIADCZENIE

1. 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 PFRON kwotą dofinansowania.
2. Uprzedzony/a o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 2345) – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zwarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.
3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz.1781).
4. Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i nie byłam/em w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowania ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Trzciance, ul. Mickiewicza 50, 64-980 Trzcianka, na potrzeby związane z realizacją wniosku. Informacja o sposobie przetwarzania danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Trzciance dostępna jest na stronie internetowej pod adresem: <http://trzcianka.naszepcpr.pl/klauzula-informacyjna>.
6. Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i uchwaleniu planu finansowego na rok 2022 przez Radę Powiatu Czarnkowsko-Trzcianeckiego.
7. Równocześnie oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią procedury załączonej do wniosku.

.....
podpis i pieczętka osoby przyjmującej oświadczenie

.....
podpis wnioskodawcy /osoby uprawnionej

Załączniki do wniosku:

1. Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności.
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza specjalistę, zawierające opis niepełnosprawności i szczegółową informację, jakie pacjent ma trudności w poruszaniu się.
3. Kserokopia dokumentu potwierdzającego prawo do zamieszkania w lokalu lub budynku, w którym ma nastąpić likwidacja barier (np. przydział mieszkania, numer księgi wieczystej, umowa najmu).
4. Zgoda właściciela lokalu lub budynku na wykonanie prac związanych z likwidacją barier (jeżeli Wnioskodawca nie jest właścicielem lokalu/budynku, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych).
5. Aktualne zaświadczenie o zameldowaniu na pobyt stały.
6.

Ogólne zasady dofinansowania:

1. Podstawę dofinansowania stanowi umowa między Starostą a Wnioskodawcą zawarta **przed** zakupem sprzętu lub wykonaniem prac.
2. Dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych przysługuje osobom, które mają trudności w poruszaniu się, jeżeli są właścicielami nieruchomości albo posiadają zgodę właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego, w którym stale zamieszkują.
3. Dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych nie przysługuje osobie niepełnosprawnej, która ma zaległości wobec PFRON lub była w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie tej osoby.
4. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów poniesionych przed przyznaniem dofinansowania.

PROCEDURY DOTYCZĄCE LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH

1. Wnioskodawca składa w siedzibie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Trzciance, ul. Mickiewicza 50, pokój nr 3, tel. 660-492-421 wniosek o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych dołączając:
 - kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności,
 - aktualne zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza specjalistę,
 - dokument potwierdzający prawo do zamieszkania w lokalu lub budynku, w którym ma nastąpić likwidacja barier,
 - zgodę właściciela lokalu lub budynku na wykonanie prac z zakresu likwidacji barier architektonicznych (jeśli Wnioskodawca nie jest właścicielem),
 - aktualne zaświadczenie o zameldowaniu na pobyt stały.
2. Wniosek niekompletny wymaga uzupełnienia w terminie 30 dni od dnia otrzymania informacji o ww. Nieusunięcie braków w wyznaczonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.
3. Po złożeniu kompletnego wniosku zostaje ustalony telefonicznie bądź listownie termin przeprowadzenia wizji lokalnej w miejscu zamieszkania Wnioskodawcy. Sporządza się protokół zawierający zakres prac, który może zostać dofinansowany ze środków PFRON.
4. PCPR informuje Wnioskodawcę o zakresie prac i zakupie materiałów i urządzeń, które mogą zostać dofinansowane ze środków PFRON oraz o wykazie dokumentów, które należy dostarczyć do PCPR (np. szkic stanu istniejącego, szkic proponowanego rozwiązania, wycena na poszczególne elementy prac).
5. Wysokość dofinansowania ustalana jest na podstawie wyceny przedstawionej przez Wnioskodawcę, która zostaje zweryfikowana przez PCPR.
6. Wnioskodawca zostaje poinformowany o zweryfikowaniu wyceny i w ciągu 14 dni deklaruje gotowość podpisania umowy wskazując (po wcześniejszym ustaleniu z wykonawcą prac) termin rozpoczęcia i zakończenia prac remontowych. Na podstawie tego dokumentu sporządzona zostaje umowa.
7. Wszelkie prace oraz zakup sprzętu, urządzeń i materiałów odbywają się w terminie wskazanym w umowie, nie później jednak niż do 30 listopada bieżącego roku.
8. W ciągu 14 dni od dnia podpisania umowy o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych Wnioskodawca jest obowiązany dostarczyć do PCPR umowę z Wykonawcą prac.
9. Wnioskodawca obowiązany jest do zgłoszenia PCPR robót ulegających zakryciu.
10. O zakończeniu prac (nie później niż w dniu wskazanym w umowie) Wnioskodawca informuje PCPR oraz uzgadnia z PCPR termin odbioru prac.
11. W dniu odbioru prac, w obecności wnioskodawcy, wykonawcy prac i pracowników PCPR, odbywa się odbiór wykonanych prac.
12. Po przedstawieniu dokumentów rozliczeniowych (m.in. oryginał faktury/rachunku) następuje przekazanie środków wykonawcy / sprzedawcy, w terminie wskazanym na fakturze lub rachunku. W przypadku opłacenia całości przez Wnioskodawcę, wysokość dofinansowania zostaje przekazana na konto Wnioskodawcy.
13. Po przekazaniu dofinansowania PCPR przesyła Wnioskodawcy pismo rozliczeniowe oraz oryginał faktur/ rachunków.

Wypełnia PCPR

wniosek kompletny

wniosek niekompletny

I ETAP

Załączniki	tak	nie	dostarczyć do dnia	dostarczono dnia
orzeczenie				
zaświadczenie lekarskie				
podstawa prawna do zamieszkania				
zaświadczenie o zameldowaniu				

.....
pieczętka i podpis pracownika PCPR

II ETAP

Załączniki	tak	nie/ nie wymaga	dostarczyć do dnia	dostarczono dnia
zgoda właściciela nieruchomości (jeśli jest wymagane)				
szkic stanu istniejącego				
szkic proponowanego rozwiązania				
wycena				

Załączniki	Data
umowa	
zgłoszenie zakończenia prac	
protokół odbioru	
przekazanie środków	

.....
pieczętka i podpis pracownika PCPR