

PCPR.547. .2022

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych w związku z indywidualnymi potrzebami
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:	

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.

FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

przelew na konto Wnioskodawcy/ osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę

Właściciel konta (imię i nazwisko):

Nazwa banku:

Numer rachunku bankowego:

przelew na konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

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/tka poszukujący/a pracy
 rencista/tka/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 (Dz.U.Nr 88, poz.553, z późn. zm.) – 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.
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- Trzcianieckiego.
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, że wykonanie wnioskowanych prac lub zakup wnioskowanych urządzeń umożliwi lub ułatwi Wnioskodawcy wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem, jeżeli jest uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności.
3. Oferta cenowa sprzedawcy.

Ogólne zasady dofinansowania:

1. Podstawę dofinansowania stanowi umowa między Starostą a Wnioskodawcą zawarta przed zakupem sprzętu.
2. Dofinansowanie likwidacji barier technicznych nie przysługuje osobom niepełnosprawnym, które w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku uzyskały odpowiednio na te cele dofinansowaniem ze środków PFRON.
3. Dofinansowanie do likwidacji barier technicznych 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 technicznych:

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 technicznych dołączając:
 - kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności,
 - aktualne zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza specjalistę,
 - ofertę cenową sprzedawcy.
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 Wnioskodawca zostaje poinformowany o wysokości dofinansowania do zakupu wnioskowanego sprzętu bądź urządzenia. Wysokość dofinansowania ustalana jest na podstawie przedstawionej przez Wnioskodawcę oferty cenowej.
4. Wnioskodawca wskazuje datę ostatecznego zakupu sprzętu i wyraża zgodę na warunki ujęte w piśmie informującym.
5. W terminie wskazanym w umowie, Wnioskodawca jest obowiązany dostarczyć oryginał faktury potwierdzającej zakup wnioskowanego sprzętu, z której wynika, że wkład własny został opłacony.
6. Po przedstawieniu dokumentów rozliczeniowych (m.in. oryginał faktury/rachunku) następuje przekazanie środków na konto sprzedawcy w terminie wskazanym na fakturze lub rachunku. W przypadku opłacenia przez Wnioskodawcę całości, dofinansowanie zostanie przekazane na konto Wnioskodawcy.
7. Po przekazaniu dofinansowania PCPR przesyła Wnioskodawcy pismo rozliczeniowe oraz oryginał faktury/ rachunku.

Wypełnia PCPR

wniosek kompletny

wniosek niekompletny

Załączniki	tak	nie	dostarczyć do dnia	dostarczono dnia
orzeczenie				
zaświadczenie lekarskie				
oferta cenowa				

Dokumenty	Data
umowa	
zgłoszenie zakupu	
faktura	
przekazanie środków	
pismo rozliczeniowe	

.....
pieczętka i podpis pracownika PCPR