

Data wpływu wniosku do PCPR w Sanoku

PCPR-CZP.4417.....2020

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych [t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 926 z późn. zm.]

**WNIOSEK
o dofinansowanie
likwidacji barier w komunikowaniu się**

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub opiekun prawny/pełnomocnik a w przypadku osoby niepełnoletniej przedstawiciel ustawowy)

Dane osoby niepełnosprawnej (WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI !!!)

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:
(miejscowość, ulica, nr domu)

nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

nr tel./faxu e-mail.....

Posiadane orzeczenie:*

Stopień niepełnosprawności

znaczny <input type="checkbox"/>	I grupa <input type="checkbox"/>	całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/>
umiarkowany <input type="checkbox"/>	II grupa <input type="checkbox"/>	całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/>
lekki <input type="checkbox"/>	III grupa <input type="checkbox"/>	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

PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA:

Miejsce realizacji zadania (adres):

Planowany termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji:/.....

Uzasadnienie:.....
.....
.....
.....
.....

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI*:

1. dysfunkcja narządów ruchu: z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim*; brak lub amputacja kończyn górnych lub dolnych*	
2. inna dysfunkcja narządów ruchu (opisać jaka)	
3. dysfunkcja narządów wzroku	
4. dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia (opisać, z jakiego powodu)	
.....	

SYTUACJA MIESZKANIOWA – ZAMIESZKUJĘ*:

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

OSOBY POZOSTAJĄCE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z WNIOSKODAWCĄ

Pokrewieństwo	Stopień niepełnosprawności	Rodzaj niepełnosprawności	Dochód netto
1. WNIOSKODAWCA			
2.			
3.			
4.			
5.			

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

..... zł/osobę

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

--

Powyższy dochód nie jest obciążony z tytułu wyroków sądowych lub innych tytułów.

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW FINANSOWYCH PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH (w ciągu ostatnich 5 lat) *:

Tak — Nie — Jeśli tak, podać na jaki cel:

Cel (nazwa zadania ustawowego i/lub programu, w ramach którego przyznano pomoc)	Nr i data zawarcia umowy	Kwota wykorzystana	Stan rozliczona

KOSZT REALIZACJI ZADANIA:

Łączny koszt realizacji zadania (100%):	zł
Słownie złotych:	zł/100
Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON (maks. 95%)	zł
Słownie złotych:	zł/100
Deklarowany przez wnioskodawcę procentowy udział własny (minimum 5%):	%

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:

.....

Inne źródła finansowania –wysokość środków i dokumenty potwierdzające:

.....

Posiadany sprzęt komputerowy (oprogramowanie):

.....

PRYZNANE DOFINANSOWANIE PROSZĘ PRZEKAZAĆ: (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

przelewem na mój nr rachunku bankowego:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

przelewem na nr rachunku bankowego osoby przeze mnie wskazanej:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....

(imię i nazwisko, adres zamieszkania)

przelewem na nr rachunku bankowego firmy/sklepu

Przedstawiciel ustawy (dla małoletniego Wnioskodawcy)/ Opiekun prawny/ Pełnomocnik*

..... PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

nazwisko i imię/imiona

miejscowość.....ulica.....nr domu.....nr lokalu.....

nr kodu-poczta..... tel.

ustanowiony opiekunem/pełnomocnikiem* na mocy:

a) postanowienia Sądu Rejonowego z dn.. sygn. akt

b) na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dn. repert. nr.....

c) inne:

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że :

1. Zostałem/am zapoznana/y z treścią Klauzuli informacyjnej Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Sanoku, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz przysługującym prawie dostępu do treści moich danych osobowych oraz ich poprawiania, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne.
2. Na podstawie art. 6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE Nr 119) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji zadań własnych i zleconych przez administratora danych - Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Sanoku, ul. Szopena 5, 38-500 Sanok,
3. Nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz 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.
4. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

Przyjmuję do wiadomości, że:

1. *Złożony przeze mnie wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier w komunikowaniu się zostanie rozpatrzony w miesiącu następującym po kwartale złożenia wniosku.*
2. *Dofinansowanie będzie przyznawane do wyczerpania środków finansowych PFRON przeznaczonych dla powiatu sanockiego na rok 2020 i zatwierdzonych do wykorzystania na powyższy cel.*
3. *Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy na dofinansowanie.*
4. *Dofinansowanie ze środków PFRON wynosi do 95% wartości robót.*
5. *Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania.*
6. *Wszelkie zmiany we wniosku jak i rezygnacje należy zgłaszać do PCPR w Sanoku w formie pisemnej.*

.....
(Miejscowość i data)

.....
(podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/
opiekuna prawnego/pełnomocnika)*

* właściwe zaznaczyć lub niewłaściwe skreślić

** Ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych [t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 2220 z późn. zm.]

*** Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych [t.j.. Dz. U. z 2019 r. poz. 1172 z późn. zm.]

Wypełnia lekarz, pod którego opieką znajduje się osoba niepełnosprawna

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

potwierdzające potrzebę ubiegania się przez osobę niepełnosprawną o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
do likwidacji barier w komunikowaniu się

(WYPEŁNIĆ CZYTELNICIE W JĘZYKU POLSKIM)

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną niepełnosprawności - rozpoznanie choroby zasadniczej:

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

2. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji.

- Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się:
 - na wózku inwalidzkim
 - za pomocą kul, balkoniku, protez lub innych środków pomocniczych
 - inna dysfunkcja narządu ruchu
 - osoba leżąca
- Dysfunkcja narządu wzroku:
- Dysfunkcja narządu słuchu
- Dysfunkcja narządu mowy
- Inne (podać jakie).....

3. Uzasadnienie celowości likwidacji barier w komunikowaniu się w aspekcie indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej:

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

.....
miejsce i data

.....
pieczętka i podpis lekarza

WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI:

Nazwa załącznika	Wypełnia wyłącznie pracownik PCPR w Sanoku (właściwe zaznaczyć)		
	Dołączono do wniosku /okazano	Uzupełniono	Uwagi
1. Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub art. 62 ustawy***, w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopia orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydane przed dniem 01.01.1998 r. (oryginał do wglądu),	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Orzeczenie/a o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób - do wglądu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie - ważne 3 miesiące od dnia wystawienia - zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności oraz wynikających z niej dysfunkcji utrudniających samodzielne funkcjonowanie – str. 5 wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Informacja dostawcy lub sprzedawcy dotycząca wartości przedmiotu dofinansowania (np. kosztorys ofertowy, faktura PROFORMA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. W przypadku młodzieży uczącej się w wieku od 16 do 24 roku życia zaświadczenie o kontynuowaniu nauki,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. W przypadku niezgodności adresu na orzeczeniu a adresem zamieszkania wymagane jest oświadczenie,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. W przypadku osób ubezwłasnowolnionych, nie mogących się podpisać - postanowienie sądu lub pełnomocnictwo potwierdzone przez notariusza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. W przypadku, gdy konieczne jest podanie danych osób innych niż wnioskodawca, wymagane jest pisemne oświadczenie o zapoznaniu się z Klauzulą informacyjną PCPR w Sanoku i zgoda na przetwarzanie danych osobowych – tej/ych osoby/ób.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	