

Data wpływu:

**WNIOSEK**

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

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

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

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	DANE
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES KORESPONDENCYJNY

Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	DANE
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

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

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	DANE
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	ZAZNACZYĆ „X”
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 kończyn 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

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

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

indywidualne wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:.....

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych ze środków finansowych PFRON:

nie korzystałem

korzystałem

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU**PRZEDMIOT WNIOSKU**

Nazwa pola	DANE
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:	
Cel dofinansowania:	

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

Nazwa pola	DANE
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 z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania.

.....

FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	DANE
Właściciel konta (imię i nazwisko):	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi.

Część C – Dane dodatkowe

SYTUACJA ZAWODOWA

- Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
- Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
- Bezrobotny poszukujący pracy
- Rencista poszukujący pracy
- Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
- Dzieci i młodzież do lat 18
- Inne / jakie?

OŚWIADCZENIE

1. **Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2022r, poz. 1138, z późn. zm.) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.**
2. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
3. Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.
4. 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 Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).
6. Zapoznałam/em 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 zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW

Lista

1. Aktualne zaświadczenie lekarskie (ważne 3 miesiące od dnia wystawienia) - zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności oraz wynikających z niej dysfunkcji utrudniających samodzielne funkcjonowanie (**załącznik nr 1**).
2. Oświadczenie Wnioskodawcy (**załącznik nr 2**).
3. Kopia orzeczenia lub wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych [Dz.U. z 2021 r. poz. 573 t.j.], a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, orzeczenie o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r.; (oryginał do wglądu).
4. Kopia/e orzeczenia/eń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z Wnioskodawcą (w przypadku takich osób).
5. Informacja dostawcy lub sprzedawcy dotycząca wartości przedmiotu dofinansowania (np. kosztorys ofertowy, faktura PROFORMA).
6. Kopia postanowienia Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego – w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna jest ubezwłasnowolniona.
7. Kopia pełnomocnictwa - w przypadku, gdy w imieniu osoby niepełnosprawnej z wnioskiem występuje pełnomocnik.
8. Oświadczenie dot. niezgodności adresu na orzeczeniu a adresem zamieszkania (w wymaganych przypadkach).
9. W przypadku, gdy konieczne jest podanie danych osób innych niż wnioskodawca, wymagane jest pisemne oświadczenie o zapoznaniu się z Klauzulą informacyjną PCPR w Lesku i zgoda na przetwarzanie danych osobowych – tej/ych osoby/ób (**załącznik nr 3**).

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

Adres zamieszkania

Nr PESEL

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

1. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:

- Dysfunkcja narządu ruchu:
 - porusza się na wózku inwalidzkim
 - porusza się przy pomocy kuli, chodzika itp.
 - brak lub niedowład kończyn górnych osoba stale/długotrwale leżąca
 - Inna, jaka?
 -

- Dysfunkcja narządu słuchu, mowy:
 - osoba niesłysząca
 - osoba z niedosłuchem
 - osoba głuchoniema
 - osoba niema
 - afazja
 - stan po usunięciu krtani
 - Inna, jaka?
 -

- Dysfunkcja narządu wzroku:
 - osoba niewidoma
 - osoba niedowidząca
 - Inna, jaka?
 -

- Upośledzenie umysłowe
 - choroby psychiczne
 - całościowe zaburzenia rozwojowe
 - Inne, jakie?.....
 -

2. Czy niepełnosprawność pacjenta powoduje trudności w swobodnym porozumiewaniu się i/lub przekazywaniu informacji (właściwie zakreślić):

TAK

NIE

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

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

.....
miejsowość i data

.....
pieczętka i podpis lekarza

OŚWIADCZENIE

dot. wniosku o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się

1. Zostałem/am zapoznana/y z treścią Klauzuli informacyjnej Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lesku 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.U.E.L.2016.119.1) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji zadań własnych i zleconych przez administratora danych – Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lesku , ul. Rynek 1, 38-600 Lesko.
3. Nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz nie byłem/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 zostanie rozpatrzony po podjęciu przez Radę Powiatu Leskiego uchwały w sprawie określenia zadań w zakresie rehabilitacji osób niepełnosprawnych przewidzianych do realizacji w danym roku oraz wysokości środków PFRON przeznaczonych na te zadania.
2. Dofinansowanie będzie przyznawane do wyczerpania środków finansowych PFRON przeznaczonych dla powiatu leskiego na rok budżetowy 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 zakupu.
5. Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania.
6. Wszelkie zmiany we wniosku jak i rezygnacje należy zgłaszać do PCPR w Lesku w formie pisemnej.

.....
(Data i podpis Wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE

Na podstawie art. 6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

PESEL:

w celu realizacji zadań własnych i zleconych przez administratora danych - Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lesku, ul. Rynek 1, 38-600 Lesko.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a 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.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis)