

WNIOSEK

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

I. Dane dotyczące Wnioskodawcy:

Imię i nazwisko wnioskodawcy.....
Data urodzenia PESEL
Seria i nr dowodu osobistegowydany w dniu
przez
Adres stałego zamieszkania
Adres zameldowania.....
Telefon.....Stopień niepełnosprawności (grupa inwalidzka)
Wnioskodawcy.....

II. Rodzaj niepełnosprawności: (właściwie zaznaczyć)

- a) schorzenia narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
- b) schorzenia narządu ruchu
- c) schorzenia narządu wzroku
- d) schorzenia narządu słuchu i mowy
- e) schorzenia psychiczne i umysłowe
- f) inne, jakie?.....

III. Przedmiot dofinansowania (należy wskazać przedmiot, podać nazwę, typ itp.)

.....
.....

IV. Koszty realizacji zadania:

Przewidywany całkowity koszt realizacji zadania: (zgodnie z wyceną)	zł
<i>Słownie:</i>	
Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON (wnioskodawca może ubiegać się maksymalnie o kwotę do 95% całkowitego kosztu realizacji zadania):	zł

Słownie:

Deklarowana przez Wnioskodawcę wysokość pokrycia kosztów realizacji zadania (min 5% całkowitego kosztu realizacji zadania):

zł

Słownie:

V. Uzasadnienie składanego wniosku

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

VI. Sytuacja zawodowa wnioskodawcy (właściwie zaznaczyć)

- a) pracuję (nazwę miejsca pracy)b) prowadzący działalność gospodarcza
- c) bezrobotna(y)/ poszukująca pracy
- d) otrzymuję zasiłek/ nie otrzymuję zasiłku
- e) rencista / emeryt
- g) dzieci, młodzież do lat 18/ osoba w wieku od lat 18 do lat 24 ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca)

VII. Źródła utrzymania: (właściwie zaznaczyć)

- a) wynagrodzenie za pracę
- b) przychody z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej
- c) renta/emerytura
- d) zasiłek dla bezrobotnych
- e) zasiłek socjalny
- f) stypendium
- g) inne, jakie?.....

VIII. Informacja na temat przyznanego dofinansowania ze środków PFRON na ten cel:

1. kwota przyznanego dofinansowania.....
2. numer zawartej umowy.....
3. cel przyznanego dofinansowania.....
4. data przyznanego dofinansowania.....

5. stan rozliczenia (rozliczono się, nie rozliczono się, w trakcie rozliczenia).....

.....

IX. Informacja o otrzymanym dofinansowaniu ze środków PFRON w ramach innych zadań

.....

X. Przewidywane efekty realizacji zadania dla osoby niepełnosprawnej
(wyjaśnić w jaki sposób przedmiot dofinansowania przyczyni się do poprawy funkcjonowania)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

XI. Informacje uzupełniające

Ukończone przez Wnioskodawcę lub dziecko/podopiecznego/ kursy komputerowe:

.....

.....

XII. Informacja o posiadanym rachunku bankowym

- nie posiadam konta

Nazwa banku																				
Nr rachunku bankowego																				

XIII. Oświadczenia wnioskodawcy:

1. oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód netto rodziny*****, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych** podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, **obliczony za rok podatkowy poprzedzający rok , w którym składany jest wniosek, tj. 2017** wynosił..... zł.

2. oświadczam, że liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wraz ze mną wynosi

.....

L.p.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia	Miejsce zamieszkania
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

3. oświadczam, że mam/nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Oświadczam, że w ciągu ostatnich trzech lat byłem(łam)/nie byłem(łam) stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie

4. oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich/mojego dziecka danych osobowych, polegające na ich zbieraniu, utrwalaniu, przechowywaniu podczas realizacji wniosku zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych t.j. Dz. U. z 2016 poz. 922 z póź. zm.

5. oświadczam, że o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu chrzanowskiego

XIV. Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik

.....syn/córka

imię i nazwisko

imię ojca

serianr wydany w dniu przez

nr PESEL nr NIP

miejsowość ulica

nr kodu poczta powiat

województwo nr tel.

ustanowiony Opiekunem¹/Pełnomocnikiem¹

¹postanowieniem Sądu Rejonowego z dn.sygn. akt

¹na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza

z dn. repet. nr

XV. Ja niżej podpisany/a pouczone/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 kodeksu karnego* za składanie fałszywych zeznań, składam stosownie do art. 75 §2 kpa oświadczenie, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się poinformować w ciągu 14 dni.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/
opiekuna prawnego/pełnomocnika

***Art. 233 § 1 kk** – Kto, składając zeznania mające służyć 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.

** **dochód** w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych oznacza to, po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób:

a) przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach ogólnych na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych, pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne

b) deklarowany w oświadczeniu dochód z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, pomniejszony o należny zryczałtowany podatek dochodowy i składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne,

c) **inne dochody niepodlegające opodatkowaniu** na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych, m.in.:

- renty inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin,
- renty wypłacone osobom represjonowanym i członkom ich rodzin,
- świadczenia pieniężne, dodatek kombatancki, ryczałt energetyczny i dodatek kompensacyjny, emerytury i renty z tytułu inwalidztwa wojennego,
- zasiłki chorobowe rolników,
- środki bezzwrotnej pomocy zagranicznej,
- należności ze stosunku pracy lub z tytułu stypendium osób przebywających czasowo za granicą,
- dochody członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych z tytułu członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej, pomniejszone o składki na ubezpieczenia społeczne,
- alimenty na rzecz dzieci,
- stypendia przyznawane uczniom lub studentom,
- kwoty diet nieopodatkowane podatkiem dochodowym od osób fizycznych, otrzymywane przez osoby wykonujące czynności związane z pełnieniem obowiązków społecznych i obywatelskich,
- należności pieniężne otrzymywane z tytułu wynajmu pokoi gościnnych,
- dodatki za tajne nauczanie,
- ekwiwalenty pieniężne za deputaty węglowe,
- ekwiwalenty z tytułu prawa do bezpłatnego węgla,
- dochody uzyskane z gospodarstwa rolnego,
- świadczenia otrzymywane przez posła i senatora,
- dochody uzyskiwane za granicą pomniejszone o zapłacone: podatek dochodowy oraz składki na obowiązkowe ubezpieczenie społeczne i zdrowotne,
- zaliczka alimentacyjna.

*** **przez rodzinę** należy rozumieć odpowiednio następujących członków rodziny:

- a) **małżonków,**
- b) **rodziców dzieci,**
- c) **opiekuna faktycznego dziecka** (osobę faktycznie opiekującą się dzieckiem, jeżeli wystąpiła z wnioskiem do sądu rodzinnego o przysposobienie dziecka),
- d) **pozostające na utrzymaniu dzieci w wieku do ukończenia 25. roku życia,**
- e) **dziecko, które ukończyło 25. rok życia legitymujące się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności,** jeżeli z tą niepełnosprawnością przysługuje świadczenie pielęgnacyjne lub specjalny zasiłek opiekuńczy albo zasiłek dla opiekuna, o którym mowa w ustawie z dnia 4 kwietnia 2014 r. o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów (Dz.U. poz. 567);

do członków rodziny **nie zalicza się:**

- f) a) dziecka pozostającego pod opieką opiekuna prawnego,
- g) b) dziecka pozostającego w związku małżeńskim,
- h) c) pełnoletniego dziecka posiadającego własne dziecko;

Do opieki nad osobą ubezwłasnowolnioną całkowicie stosuje się odpowiednio przepisy o opiece nad małoletnim (zgodnie z treścią art. 175 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego)

Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik
2. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób.

3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające pełną informację o rodzaju niepełnosprawności zał. nr. 1
4. Zaświadczenie o dochodach Wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą za rok podatkowy poprzedzający rok, w którym składany jest wniosek.
5. Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.
6. Zaświadczenie ze szkoły o kontynuacji nauki w wieku 16 – 24 lat /uczących się/
7. Oferta cenowa sprzętu wystawiona imienna na osobę niepełnosprawną.
8. W przypadku, gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego do wniosku należy załączyć odpowiednio kopię pełnomocnictwa lub postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego.
9. Inne dokumenty wymagane w zależności od indywidualnej sytuacji Wnioskodawcy.

UWAGA !!!

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zakupu zestawu komputerowego należy dołączyć dodatkowo:

1. dokument potwierdzający (opinia, zaświadczenie itp.) umiejętności w zakresie obsługi komputerem itp.
2. zaświadczenie od logopedy w jakim zakresie wnioskodawca korzysta z pomocy i jakie multimedialne programy logopedyczne poleca w celu rehabilitacji (jeżeli wnioskodawca jest objęty pomocą)
3. orzeczenie i opinia z Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej (jeżeli wnioskodawca był badany)

UWAGA !!!

Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu

Dofinansowanie likwidacji barier technicznych i w komunikowaniu się ze środków PFRON przysługuje osobom niepełnosprawnym raz na trzy lata od dnia przyznania tego dofinansowania

Adnotacja i ocena zasadności wniosku

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

.....
data i podpis

Opinia Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie o dofinansowanie

nazwa zadania
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
data

.....
podpis

Decyzja Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie o przyznaniu dofinansowania

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

.....
data i podpis

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb PCPR w Chrzanowie- likwidacja barier w komunikowaniu się

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta

Data urodzenia.....PSEL.....

Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej - opis rodzaju schorzenia
.....
.....
.....

2. Wpływ rodzaju schorzenia na wykonywanie podstawowych codziennych czynności
.....
.....
.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:
.....
.....

4. Niepełnosprawność pacjenta dotyczy (zakreślić właściwe):
 brak jednej/obu kończyn górnych
 brak jednej /obu kończyn dolnych
 znaczny niedowład obu kończyn górnych
 znaczny niedowład obu kończyn dolnych
 dysfunkcja narządu słuch dysfunkcja narządu mowy
 dysfunkcja narządu wzroku
 inne schorzenia :

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne:
 wózek inwalidzki balkonik
 protezy kończyn kule
 orteza gorset
 aparat słuchowy okulary
 inne

.....
miejsowość

.....
data

.....
pieczętka i podpis lekarza