

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(dziecka).....
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: (właściwe 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
<i>Słownie:</i>	

Deklarowana przez Wnioskodawcę wysokość pokrycia kosztów realizacji zadania (min 5% całkowitego kosztu realizacji zadania):	zł
<i>Słownie:</i>	

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 w ramach w/w zadania:

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. 2019** 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, że o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu chrzanowskiego
5. oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych niezbędnych podczas realizacji dofinansowania, zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016)

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.

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

załącznik nr 1 do wniosku

ZASWIADCZENIE 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.....PESEL.....

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 słuchu dysfunkcja narządu mowy
 dysfunkcja narządu wzroku
 inne schorzenia :

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne:

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> wózek inwalidzki | <input type="checkbox"/> balkonik |
| <input type="checkbox"/> protezy kończyn | <input type="checkbox"/> kule |
| <input type="checkbox"/> orteza | <input type="checkbox"/> gorset |
| <input type="checkbox"/> aparat słuchowy | <input type="checkbox"/> okulary |
| <input type="checkbox"/> inne | |

.....
miejscowość

.....
data

.....
pieczęćka i podpis lekarza