

| |
|-----------------------------|
| |
| Data wpływu wniosku do PCPR |

| |
|----------------|
| |
| Pieczęćka PCPR |

| |
|-----------|
| Nr sprawy |
|-----------|

W N I O S E K

O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

likwidacji barier w komunikowaniu się w związku z indywidualnymi potrzebami osoby niepełnosprawnej

Część I.

| A. WNIOSKODAWCA | | | |
|--------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 1. Imię i nazwisko | | 2. Pesel | |
| | | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 3. Data urodzenia | | 4. Dowód osobisty SERIA _____ NR _____ WYDANY W DNIU _____ PRZEZ _____ WAŻNY DO _____ | |
| 5. ADRES ZAMIESZKANIA | | | |
| Ulica | | Nr domu | Nr mieszkania |
| Miejscowość | Kod pocztowy | Powiat | Województwo |
| 6. Numer telefonu kontaktowego | | | |

| B. PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA |
|-----------------------------|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

| C. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY (we właściwej rubryce wpisać TAK) | | Trwale/ na czas określony do ... |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| 1. | Znaczny stopień niepełnosprawności | |
| | Inwalidzi I grupy | |
| | Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji Osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny | |
| 2. | Umiarkowany stopień niepełnosprawności | |
| | Inwalidzi II grupy | |
| | Osoby całkowicie niezdolne do pracy | |
| 3. | Lekki stopień niepełnosprawności | |
| | Osoby częściowo niezdolne do pracy | |
| | Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym | |
| 4. | Osoby w wieku do lat 16, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny | |

| D. RODZAJ OGRANICZENIA SPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY (we właściwej rubryce wpisać TAK) | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. | Osoba nie poruszająca się samodzielnie - leżąca | |
| 2. | Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim | |
| 3. | Dysfunkcja narządu wzroku | |
| 4. | Dysfunkcja narządu słuchu | |
| 5. | Dysfunkcja narządu mowy | |
| 6. | Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe) | |
| 7. | Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia | |
| 8. | Inne (jakie?) | |

| E. SYTUACJA ZAWODOWA WNIOSKODAWCY (we właściwej rubryce wpisać TAK) | | |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. | Zatrudniony/aktywny zawodowo | |
| 2. | Prowadzący działalność gospodarczą/rolniczą | |
| 3. | Osoba w wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca | |
| 4. | Bezrobotny poszukujący pracy/ rencista poszukujący pracy | |
| 5. | Emeryt/ rencista nie zainteresowany podjęciem pracy | |
| 6. | Dzieci i młodzież do lat 18 | |

| F. SYTUACJA RODZINNA WNIOSKODAWCY (we właściwej rubryce wpisać TAK) | | |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. | Osoba mieszkająca samotnie | |
| 2. | Osoba zamieszkująca wyłącznie z niepełnosprawnym małżonkiem lub opiekunem lub niepełnosprawnymi członkami rodziny | |
| 3. | Osoba zamieszkująca z pełnosprawnymi i niepełnosprawnymi członkami rodziny | |
| 4. | Osoba zamieszkująca tylko z pełnosprawnymi członkami rodziny | |

| G. OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE ZAMIESZKUJĄCE Z WNIOSKODAWCĄ | | |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------|
| Lp. | Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą | Rodzaj niepełnosprawności |
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |

H. OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW I LICZBIE OSÓB POZOSTAJĄCYCH WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi _____ zł.

Słownie: _____ zł.

Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym _____

I. WNIOSKODAWCA ORAZ OSOBY POZOSTAJĄCE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z WNIOSKODAWCĄ

| L.p. | Rok urodzenia | Stoień pokrewieństwa z wnioskodawcą | Przeciętny miesięczny dochód za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku |
|------|---------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | | wnioskodawca | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |
| 6. | | | |

J. NAZWA BANKU I NR RACHUNKU BANKOWEGO

1. NAZWA BANKU

2. NR RACHUNKU BANKOWEGO

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

K. MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA

| |
|----------|
| |
|----------|

L. CEL DOFINANSOWANIA

| |
|-------------------------------------------------------------------------------|
| <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
|-------------------------------------------------------------------------------|

Ł. PRZEWIDYWANY KOSZT REALIZACJI ZADANIA

1. KWOTA

2. SŁOWNIE

M. TERMIN I PRZEWDYWANY CZAS REALIZACJI ZADANIA

1. TERMIN ROZPOCZĘCIA ZADANIA

2. PRZEWDYWANY CZAS REALIZACJI ZADANIA

N. INFORMACJA O OGÓLNEJ WARTOŚCI NAKŁADÓW DOTYCZĄCYCH PONIESIONYCH PRZEZ WNIOSKODAWCĘ NA REALIZACJĘ ZADANIA DO KOŃCA MIESIĄCA POPRZEDZAJĄCEGO MIESIĄC, W KTÓRYM SKŁADANY JEST WNIOSEK WRAZ Z PODANIEM DOTYCZĄCYCH ŹRÓDEŁ DOFINANSOWANIA

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

O. INFORMACJA O INNYCH ŹRÓDŁACH FINANSOWANIA ZADANIA, POTWIERDZONA ODPOWIEDNIMI DOKUMENTAMI

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

P. INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PRFON

Korzystałem/am ze środków finansowych PFRON (właściwie zaznaczyć, w przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK proszę wypełnić poniższą tabelę)

TAK NIE

| Cel <small>(nazwa zadania ustawowego oraz/lub nazwa programu celowego, w ramach którego przyznana została pomoc)</small> | Nr zawartej umowy | Data zawarcia umowy | Kwota przyznana | Termin rozliczenia | Kwota rozliczona |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------|-----------------|--------------------|------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| RAZEM | | | | | |

R. WYSOKOŚĆ KWOTY WNIOSKOWANEGO DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW FUNDUSZU

1. KWOTA

2. SŁOWNIE

Część II.

OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, że nie posiadam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, nie byłem w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowania ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
2. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że kwota dofinansowania do likwidacji barier w komunikowaniu się wynosi do 95% kosztów przedsięwzięcia oraz, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu. Oświadczam, że w przypadku przyznania dofinansowania będę dysponował/ła środkami finansowymi na opłacenie udziału własnego w postaci różnicy pomiędzy kwotą dofinansowania, ewentualnym dofinansowaniem z innych źródeł, a całkowitym kosztem realizacji zadania. Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie uzyskałem/am dofinansowania ze środków PFRON na likwidację barier w komunikowaniu się.
3. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (o czym zostałem/am uprzedzony/a).
4. Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier w komunikowaniu się nie uzyskałem na ten cel dofinansowania ze środków Funduszu.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Polkowicach

Część III.

| A. PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY, OPIEKUN PRAWNY LUB PEŁNOMOCNIK (wypełnić tylko w przypadku takiego stanu prawnego) | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------|---------------|
| 1. Imię i nazwisko | | | |
| 2. Data urodzenia | | 3. Pesel | |
| | | □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ | |
| 4. Dowód osobisty SERIA _____ NR _____ WYDANY W DNIU _____ PRZEZ _____ WAŻNY DO _____ | | | |
| 5. ADRES ZAMIESZKANIA | | | |
| Ulica | | Nr domu | Nr mieszkania |
| Miejscowość | Kod pocztowy | Powiat | Województwo |
| | | | |
| 6. USTANOWIONY OPIEKUNEM/PEŁNOMOCNIKIEM OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ (imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej) | | | |
| _____ | | | |
| POSTANOWIENIEM SĄDU | | | |
| _____ W _____ | | | |
| Z DNIA _____ SYG. AKT. _____ | | | lub |
| 7. USTANOWIONY PEŁNOMOCNIKIEM OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ (imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej) | | | |
| _____ | | | |
| NA MOCY PEŁNOMOCNICTWA POTWIERDZONEGO PRZEZ NOTARIUSZA | | | |
| _____ Z DNIA _____ REPET. NR _____ | | | |

DATA _____

CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY, PRZEDSTAWICIELA
USTAWOWEGO, OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA

POUCZENIE!

Ustawa z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny (Dz.U. z 2020r., poz. 1444, 1517 t.j.)

Art. 233

- § 1. 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 od 6 miesięcy do 8 lat.
- § 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat.
- § 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania lub odebrał od niego przyrzeczenie.

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:

1. Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopia orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998r. (oryginał do wglądu).
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, (w przypadku takich osób.)
3. Aktualne zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę właściwego dla dysfunkcji, z której wynika niepełnosprawność, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności i uzasadniające konieczność zakupu wnioskowanego przedmiotu dofinansowania w ramach likwidacji barier w komunikowaniu się, wypełnione czytelnie w języku polskim.
4. W uzasadnionych przypadkach potwierdzenie potrzeby posiadania komputera celem likwidowania barier w komunikowaniu się, określone w opinii wydanej przez np. psychologa, pedagoga, logopedę (w zależności od stopnia i rodzaju niepełnosprawności osoby niepełnosprawnej).
5. Oferta cenowa lub faktura PRO-FORMA wnioskowanego sprzętu wydana przez sklep, hurtownię.

UWAGA!

W przypadku złożenia wniosku, w którym występują uchybienia i nieusunięcie ich w wyznaczonym przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Polkowicach terminie, powoduje pozostawienie go bez rozpatrzenia.

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „nie dotyczy”. W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca w odpowiedniej rubryce wpisać „w załączeniu – załącznik nr ...” przypisując numery załączników do punktów, których dotyczą.

CZĘŚĆ IV.

WYPEŁNIA POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W POLKOWICACH

A. ADNOTACJE PRZYJMUJĄCEGO WNIOSEK

B. UCHYBIENIA STWIERDZONE WE WNIOSKU

Uchybienia usunięto w dniu _____ / nie usunięto

C. UWAGI

DATA I PODPIS PRACOWNIKA MERYTORYCZNEGO _____

CZĘŚĆ V.

A. DECYZJA O ROZPATRZENIU WNIOSKU

| | | |
|------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> POZYTYWNA | <input type="checkbox"/> NEGATYWNA | <input type="checkbox"/> WNIOSEK POZOSTAWIONY BEZ ROZPATRZENIA |
|------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------------|

DATA I PODPIS DYREKTORA PCPR W POLKOWICACH _____