

ZARZĄDZENIE Nr 8 /2017
Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Polkowicach
z dnia 31 marca 2017 r.

w sprawie określenia zasad udzielania dofinansowania ze środków PFRON w zakresie realizacji zadań rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych w roku 2017 w Powiecie Polkowickim oraz Kart Oceny Merytorycznej dotyczących wniosków o dofinansowanie: likwidacji barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się, sprzętu rehabilitacyjnego oraz sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych.

Na podstawie § 9 pkt. 6) Regulaminu Organizacyjnego Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Polkowicach, w związku z art. 35 a ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (j. t. Dz. U. z 2016r. poz. 2046 z późniejszymi zmianami) po uwzględnieniu znacznego niedoboru środków PFRON w roku 2017 w stosunku do istniejących potrzeb, zarządza się co następuje:

§ 1. Ustala się „Zasady udzielania dofinansowania ze środków PFRON w zakresie realizacji zadań rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych w roku 2017 w Powiecie Polkowickim” stanowiące załącznik nr 1 do niniejszego zarządzenia.

§ 2. Ustala się Karty Oceny Merytorycznej dotyczące wniosków o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się, sprzętu rehabilitacyjnego oraz sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych stanowiące załączniki nr 2 a-e.

§ 3. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

DYREKTOR
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Polkowicach

mgr Elżbieta Sworacka-Dul

**Zasady udzielania dofinansowania ze środków PFRON
w zakresie realizacji zadań rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych
w roku 2017 w Powiecie Polkowickim**

- § 1. Biorąc pod uwagę liczbę i rodzaj wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON złożonych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie do dnia 28 lutego 2017 r. oraz wysokość środków Funduszu przyznanych na realizację zadań powiatu w roku 2017, ustala się „Zasady udzielania dofinansowania ze środków PFRON w zakresie realizacji zadań rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych w 2017 r. w Powiecie Polkowickim” zwane dalej „zasadami”.
- § 2. W rozpatrywaniu wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się, sprzętu rehabilitacyjnego oraz sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych się biorą udział komisje powołane przez Dyrektora PCPR. Zadaniem komisji jest dokonanie oceny merytorycznej wniosków, przy użyciu kart, które stanowią załączniki 2a-2e Zarządzenia Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie nr 8/2017 z dnia 31.03.2017r.
- § 3. Dofinansowanie ze środków PFRON w ramach likwidacji barier architektonicznych wynosi do 95% kosztów przedsięwzięcia, nie więcej jednak niż do wysokości:

a)

| Lp. | Liczba punktów | Maksymalna kwota dofinansowania |
|-----|----------------|---------------------------------|
| 1 | 0-20 | 4.000 zł |
| 2 | 21-30 | 4.500 zł |
| 3 | 31-40 | 5.000 zł |
| 4 | 41-50 | 5.500 zł |
| 5 | 51-60 | 6.000 zł |
| 6 | 61-70 | 6.500 zł |
| 7 | 71-80 | 7.000 zł |
| 8 | 81-90 | 7.500 zł |
| 9 | 91-100 | 8.000 zł |
| 10 | 101-110 | 8.500 zł |
| 11 | 111-120 | 9.000 zł |
| 12 | 121-130 | 9.500 zł |
| 13 | 131-140 | 10.000 zł |
| 14 | powyżej 140 | 12.000 zł |

b) w przypadku zakupu i montażu platformy przyschodowej lub windy do 5-krotności przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia – licząc w pełnych złotych.

§ 4. Dofinansowanie ze środków PFRON w ramach likwidacji barier technicznych wynosi do 95% kosztów przedsięwzięcia, nie więcej jednak niż do wysokości:

a)

| Lp. | Liczba punktów | Maksymalna kwota dofinansowania |
|------------|-----------------------|--|
| 1 | 0-30 | 1.000 zł |
| 2 | 31-60 | 2.000 zł |
| 3 | 61-90 | 3.000 zł |
| 4 | powyżej 90 | 4.000 zł |

b) w przypadku zakupu urządzenia NF – Walker do wysokości 15.000 zł.

§ 5. Dofinansowanie ze środków PFRON w ramach likwidacji barier w komunikowaniu się wynosi do 95% kosztów przedsięwzięcia, nie więcej jednak niż do wysokości:

| Lp. | Liczba punktów | Maksymalna kwota dofinansowania |
|------------|-----------------------|--|
| 1 | 0-20 | 500 zł |
| 2 | 21-40 | 1.000 zł |
| 3 | 41-60 | 1.360 zł |
| 4 | 61-80 | 1.550 zł |
| 5 | 81-100 | 1.840 zł |
| 6 | powyżej 100 | 2.000 zł |

§ 6. Maksymalne dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny wynosi do 80% kosztów przedsięwzięcia, nie więcej jednak niż do wysokości:

| Lp. | Liczba punktów | Maksymalna kwota dofinansowania |
|------------|-----------------------|--|
| 1 | 0-30 | 300 zł |
| 2 | 31-60 | 450 zł |
| 3 | 61-90 | 600 zł |
| 4 | powyżej 90 | 850 zł |

- § 7. Ustala się, że dofinansowanie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wynosi do 90 % sumy kwoty limitu wyznaczonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz wymaganego udziału własnego osoby niepełnosprawnej w zakupie tych przedmiotów i środków, jeżeli cena zakupu jest wyższa, niż ustalony limit.
- § 8. Wysokość dofinansowania organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych wynosi do 60 % kosztów przedsięwzięcia, nie więcej jednak niż:

| Lp. | Liczba punktów | Maksymalna kwota dofinansowania |
|-----|----------------|---------------------------------|
| 1 | 0-30 | 10zł/osobodzień |
| 2 | 31-50 | 15 zł/osobodzień |
| 3 | 51-70 | 25 zł/ osobodzień |
| 4 | 71-90 | 52 zł/osobodzień |
| 5 | 91-110 | 65 zł/osobodzień |
| 5 | powyżej 110 | 82 zł/osobodzień |

- § 9. W przypadkach szczególnie uzasadnionych, na pisemny i umotywowany wniosek, Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Polkowicach, może odstąpić od stosowania wskazanych zasad.

- § 10. Zarządzenie obowiązuje od dnia podpisania.

KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU nr:

| KRYTERIA OCENY WNIOSKU - punktacja stała | | Liczba punktów | Maksymalna liczba punktów | Punktacja wniosku | |
|--|---|---|---------------------------|-------------------|---|
| 1 | Zasadność zakresu prac lub zakupów w stosunku do zakresu funkcjonowania wnioskodawcy: | | | | |
| a) | ocena zasadności zakresu prac lub zakupu określonego we wniosku | 0-10 | 10 | - | |
| 2 | Stopień trudności w poruszaniu się wnioskodawcy: | | | | |
| a) | osoby po amputacji kończyny dolnej/kończyn dolnych | 10 | 30 | - | |
| b) | osoby poruszające się na wózku inwalidzkim lub osoba nie poruszająca się samodzielnie - leżąca | 10 | | - | |
| c) | osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim lub w momencie polepszenia stanu zdrowia za pomocą innych przedmiotów | 8 | | - | |
| d) | osoby poruszające się za pomocą innych przedmiotów ortopedycznych niż wózek inwalidzki | 5 | | - | |
| e) | występuje niepełnosprawność sprzężona (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia) | 5 | | - | |
| f) | wnioskodawca jest osobą niewidomą | 5 | | - | |
| 3 | Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne: | | | | |
| a) | stopień niepełnosprawności (jeden stopień do wyboru) | znaczny (I grupa inwalidzka) lub orzeczenie o niepełnosprawności (do 16 r. ż) | 10 | 10 | - |
| | | umiarkowany (II grupa inwalidzka) | 5 | | - |
| 4 | Potencjalny wpływ likwidacji bariery architektonicznej na aktywność zawodową wnioskodawcy: | | | | |
| a) | uzasadnienie zwiększenia szans na aktywizację zawodową /na utrzymanie aktywizacji zawodowej (potwierdzone podczas przeprowadzonej wizji lokalnej w miejscu zamieszkania wnioskodawcy i rozmowy z wnioskodawcą | 0-10 | 10 | - | |
| 5 | Sytuacja zawodowa: | | | | |
| a) | osoba aktywna zawodowo | 30 | 60 | - | |
| b) | dziecko lub młodzież ucząca się lub studiująca | 30 | | - | |
| 6 | Miejsce zamieszkania: | | | | |
| a) | wieś | 10 | 10 | - | |
| b) | miasto | 5 | | - | |
| 7 | Inne kryteria: | | | | |
| a) | osoba niepełnosprawna nie korzystała ze środków PFRON w ramach likwidacji barier architektonicznych w latach ubiegłych | 10 | | - | |
| b) | dodatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie | - w przypadku jednej osoby | 10 | - | |

| | | | | |
|---|--|----|------------------------|---|
| domowym Wnioskodawcy (jeden przypadek do wyboru) | – w przypadku więcej niż jedna osoba | 20 | 50 | - |
| c) | Średni dochód miesięczny na członka we wspólnym gospodarstwie domowym nie przekracza 1.200 zł | 10 | | - |
| d) | Wnioskodawca jest osobą samotną lub samotnie wychowująca dziecko niepełnosprawne | 10 | | - |
| RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1- 7) | | | maksymalnie 180 | - |

.....

.....

Pieczętki imienne, data, podpisy osób z komisji przeprowadzającej ocenę merytoryczną wniosku

| KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU nr: | | | | | |
|--|---|---|------------------------|---------------------------|-------------------|
| KRYTERIA OCENY WNIOSKU - punktacja stała | | | Liczba punktów | Maksymalna liczba punktów | Punktacja wniosku |
| 1 | Zasadność zakupu sprzętu /urządzenia w stosunku do typu dysfunkcji wnioskodawcy: | | | | |
| a) | ocena zasadności zakupu sprzętu / urządzenia na podstawie informacji zawartych we wniosku oraz w zaświadczeniu lekarskim | | 0-10 | 10 | - |
| 2 | Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne: | | | | |
| a) | stopień niepełnosprawności (jeden stopień do wyboru) | znaczny (I grupa inwalidzka) lub orzeczenie o niepełnosprawności (do 16 r. ż) | 10 | 10 | - |
| | | umiarkowany (II grupa inwalidzka) | 5 | | - |
| 3 | Potencjalny wpływ likwidacji bariery technicznej na aktywność zawodową wnioskodawcy : | | | | |
| a) | Uzasadnienie zwiększenia szans na aktywizację zawodową / na utrzymanie aktywności zawodowej w związku z likwidacją bariery technicznej. | | 0-10 | 10 | - |
| 4 | Sytuacja zawodowa: | | | | |
| a) | osoba aktywna zawodowo | | 30 | 60 | - |
| b) | dziecko lub młodzież ucząca się lub studiująca | | 30 | | - |
| 5 | Miejsce zamieszkania: | | | | |
| a) | wieś | | 10 | 10 | - |
| b) | miasto | | 5 | | - |
| 6 | Inne kryteria: | | | | |
| a) | dodatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy (jeden przypadek do wyboru) | - w przypadku jednej osoby | 10 | 40 | - |
| | | - w przypadku więcej niż jedna osoba | 20 | | - |
| b) | Średni dochód miesięczny na członka we wspólnym gospodarstwie domowym nie przekracza 1.200 zł | | 10 | 40 | - |
| c) | Wnioskodawca jest osobą samotną lub samotnie wychowująca dziecko niepełnosprawne | | 10 | | - |
| RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1- 6) | | | maksymalnie 140 | | - |
| Pieczętki imienne, data, podpisy osób z komisji przeprowadzającej ocenę merytoryczną wniosku | | | | | |

KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU nr:

| KRYTERIA OCENY WNIOSKU - punktacja stała | | Liczba punktów | Maksymalna liczba punktów | Punktacja wniosku |
|--|---|--|---------------------------|-------------------|
| 1 | Zasadność zakupu sprzętu /urządzenia w stosunku do typu dysfunkcji wnioskodawcy: | | | |
| a) | ocena zasadności zakupu sprzętu / urządzenia na podstawie informacji zawartych we wniosku oraz w zaświadczeniu lekarskim | 0-10 | 10 | - |
| 2 | Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne: | | | |
| a) | stopień niepełnosprawności (jeden stopień do wyboru) | znacznym (I grupa inwalidzka) lub orzeczenie o niepełnosprawności (do 16 r. ż) | 10 | 10 |
| | | umiarkowany (II grupa inwalidzka) | 5 | |
| 3 | Potencjalny wpływ likwidacji bariery w komunikowaniu się na aktywność zawodową wnioskodawcy: | | | |
| a) | Uzasadnienie zwiększenia szans na aktywizację zawodową / na utrzymanie aktywności zawodowej w związku z likwidacją bariery w komunikowaniu się. | 0-10 | 10 | - |
| 4 | Sytuacja zawodowa: | | | |
| a) | osoba aktywna zawodowo | 30 | 60 | - |
| b) | dziecko lub młodzież ucząca się lub studiująca | 30 | | - |
| 5 | Miejsce zamieszkania: | | | |
| a) | wieś | 10 | 10 | - |
| b) | miasto | 5 | | - |
| 6 | Inne kryteria: | | | |
| a) | osoba niepełnosprawna nie korzystała ze środków PFRON w ramach likwidacji barier w komunikowaniu się w latach ubiegłych | 10 | 30 | - |
| b) | Średni dochód miesięczny na członka we wspólnym gospodarstwie domowym nie przekracza 1.200 zł | 10 | | - |
| c) | Wnioskodawca jest osobą samotną lub samotnie wychowująca dziecko niepełnosprawne | 10 | | - |
| RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1- 6) | | maksymalnie 130 | | - |

KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU nr:

| KRYTERIA OCENY WNIOSKU - punktacja stała | | Liczba punktów | Maksymalna liczba punktów | Punktacja wniosku |
|--|---|---|---------------------------|-------------------|
| 1 | Zasadność zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny osoby niepełnosprawnej w stosunku do typu dysfunkcji wnioskodawcy: | | | |
| a) | ocena zasadności zakupu sprzętu rehabilitacyjnego na podstawie informacji zawartych we wniosku oraz w zaświadczeniu lekarskim | 0-10 | 10 | - |
| 2 | Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne: | | | |
| a) | stopień niepełnosprawności (jeden stopień do wyboru) | znaczny (I grupa inwalidzka) lub orzeczenie o niepełnosprawności (do 16 r. ż) | 10 | 10 |
| | | umiarkowany (II grupa inwalidzka) | 5 | |
| 3 | Potencjalny wpływ rehabilitacji w warunkach domowych na aktywność zawodową wnioskodawcy: | | | |
| a) | Uzasadnienie zwiększenia szans na aktywizację zawodową / na utrzymanie aktywności zawodowej w związku z rehabilitacją prowadzą w warunkach domowych przy użyciu sprzętu, którego dotyczy wniosek. | 0-10 | 10 | - |
| 4 | Sytuacja zawodowa: | | | |
| a) | osoba aktywna zawodowo | 30 | 60 | - |
| b) | dziecko lub młodzież ucząca się lub studiująca | 30 | | - |
| 5 | Miejsce zamieszkania: | | | |
| a) | wieś | 10 | 10 | - |
| b) | miasto | 5 | | - |
| 6 | Inne kryteria: | | | |
| a) | osoba niepełnosprawna nie korzystała ze środków PFRON w ramach zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny w latach ubiegłych | 10 | 30 | - |
| b) | Średni dochód miesięczny na członka we wspólnym gospodarstwie domowym nie przekracza 1.200 zł | 10 | | - |
| d) | Wnioskodawca jest osobą samotną lub samotnie wychowująca dziecko niepełnosprawne | 10 | | - |
| RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1- 6) | | maksymalnie 130 | | - |

KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU nr:

| KRYTERIA OCENY WNIOSKU - punktacja stała | | Liczba punktów | Maksymalna liczba punktów | Punktacja wniosku |
|---|---|-----------------------|----------------------------------|--------------------------|
| 1 | Liczba osób niepełnosprawnych objętych planowanym działaniem : | | | |
| a) | 1-10 osób niepełnosprawnych | 5 | 30 | - |
| b) | 10-25 osób niepełnosprawnych | 10 | | - |
| c) | 26-50 osób niepełnosprawnych | 15 | | - |
| d) | 51-100 osób niepełnosprawnych | 20 | | - |
| e) | 101-150 osób niepełnosprawnych | 25 | | - |
| f) | powyżej 150 osób niepełnosprawnych | 30 | | - |
| 2 | Powiązanie między planowanymi działaniami a spodziewanymi efektami | | | |
| a) | ocena powiązania pomiędzy planowanymi działaniami a spodziewanymi efektami | 0-10 | 10 | - |
| 3 | Doświadczenie wnioskodawcy w realizacji podobnego zakresu działań | | | |
| a) | 1-2 lata doświadczenia w realizacji podobnego zakresu działań | 5 | 10 | - |
| b) | 3 i więcej lat doświadczenia | 10 | | - |
| 4 | Zakres zadania obejmujący: | | | |
| a) | gminę | 5 | 30 | - |
| b) | powiat | 10 | | - |
| c) | województwo | 20 | | - |
| d) | zasięg ogólnopolski | 30 | | - |
| 5 | Przedsięwzięcie poza terenem powiatu | | | |
| a) | przedsięwzięcie poza terenem powiatu | 20 | 20 | - |
| 6 | Przedsięwzięcie propagujące aktywność ruchową osób niepełnosprawnych | | | |
| a) | przedsięwzięcie propagujące aktywność ruchową osób niepełnosprawnych | 20 | 20 | - |

RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1- 6)**maksymalnie 120**

-