|  |
| --- |
| Nr sprawy |

# wypełnia PCPR

|  |  |
| --- | --- |
| W N I O S E K O D O F I N A N S O W A N I E  likwidacji barier  □ architektonicznych □ w komunikowaniu się □ technicznych  dla osoby niepełnosprawnej ze środków PFRON | *data wpływu wniosku* |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wnioskodawca składa wniosek:**  □ we własnym imieniu □ jako rodzic  □ jako opiekun prawny □ na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1. Dane osobowe wnioskodawcy *(osoby z niepełnosprawnością*)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię i nazwisko | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adres zamieszkania | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adres do korespondencji | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESEL | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Numer telefonu | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | Adres e-mail | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **2. Dane osobowe osoby reprezentującej Wnioskodawcę**  *(dotyczy osób do 18 roku życia, sądownie ubezwłasnowolnionych lub posiadających pełnomocnictwo notarialne)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Osoba reprezentująca | | | | | | | | Przedstawiciel ustawowy Opiekun prawny Pełnomocnik | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię i nazwisko | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adres zamieszkania | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESEL | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ustanowiona/ny opiekunem prawnym / pełnomocnikiem  Postanowieniem Sądu w ……………………………………………… z dnia …………………………………… sygn. akt …………………………………  na mocy pełnomocnictwa z dnia …………………………………… potwierdzonego przez …………………………………….……………………  repert. NR …………………………………………………… | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3. Przedmiot dofinansowania** | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód *(netto)*** w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku,  wyniósł ....................................................................złotych.  Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym …………………………….., w tym liczba osób niepełnosprawnych ……….. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **5. Sposób przekazania przyznanego dofinansowania** *(wstawić X w odpowiednim miejscu)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Numer rachunku bankowego | |  | |  | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  | |  |  |  | |  | | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| Nazwa banku | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Właściciel konta  (imię i nazwisko) | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **6. Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adres miejsca realizacji zadania | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cel dofinansowania  Uzasadnienie wniosku | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **6. Przewidywany koszt realizacji zadania** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ogólna wartość realizacji zadania *(brutto)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | zł | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON  *(maksymalnie 85%)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | zł | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Oświadczam, **że posiadam środki własne na pokrycie udziału własnego** *(co najmniej 15% wartości wnioskowanego zadania)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | zł | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Inne źródła finansowania | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | zł | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **7. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Termin rozpoczęcia |  | | | | | | | | | | | Przewidywany czas realizacji | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **8. Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **9. Oświadczenia wnioskodawcy lub osoby upoważnionej** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON i w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy zawartej z PFRON i rozwiązanej z przyczyny leżącej po mojej stronie.  Pouczony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego oświadczam, że podane we wniosku informacje są prawdziwe, o zmianach zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni od ich zaistnienia.  Oświadczam, że wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w związku z prowadzonym postępowaniem dotyczącym dofinansowania ze środków PFRON w ramach likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Oświadczam, że □ korzystałem/am □ nie korzystałem/am ze środków PFRON *(wstawić X w odpowiednim miejscu)*  Informacja o korzystaniu ze środków PFRON obejmuje dofinansowanie otrzymane na podstawie zawartych umów. Nie należy więc wykazywać pomocy uzyskanej w ramach zadania: przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Numer umowy | Cel  (nazwa instytucji, programu i/lub zadania oraz przedmiot dofinansowania) | | | | | | | | | | | | | | Data przyznania dofinansowania | | | | | | | | | | | | | Przyznana kwota | | | | | | Stan rozliczenia | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | |
| **10. Załączniki** *(wstawić X w odpowiednim miejscu)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ kopię aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności, o stopniu niepełnosprawności lub jego zamiennika *(oryginał do wglądu)*  □ zaświadczenie lekarskie *(druk będący załącznikiem do wniosku)*  □ oferta handlowa zakupu/montażu urządzeń *(bariery techniczne/ w komunikowaniu się)*  □ kosztorys opracowany zgodnie z obowiązującymi przepisami bądź oferta z wyszczególnieniem zaplanowanych prac związanych *z likwidacją barier architektonicznych*  □ udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **11. Informacja i podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Składając wniosek należy okazać dokument potwierdzający tożsamość osoby zainteresowanej, wymieniony we wniosku.  Jeśli wniosek składa opiekun prawny lub pełnomocnik należy okazać dokument potwierdzający upoważnienie do reprezentowania wnioskodawcy.  Informacja o przetwarzaniu danych osobowych w związku z prowadzonym postępowaniem dotyczącym dofinansowania likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych znajduje się na stronie internetowej: www.pcprsiemiatycze.pl oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Siemiatyczach.  Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Siemiatyczach przy ulicy  Legionów Piłsudskiego 3.  Kontakt z inspektorem ochrony danych jest możliwy poprzez adres email: **kontakt@pcprsiemiatycze.pl**  lub telefon:  85 730 05 07. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| …………………………………………………………………………………………  *data wypełnienia wniosku* | | | | | | | | | | | | | | | ..............................................................................  *czytelny podpis wnioskodawcy,*  *przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

*...............................................................................................*

*pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu lekarskiego*

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

DO WNIOSKU O DOFINANSOWANIE LIKWIDACJI BARIER DLA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

ZE ŚRODKÓW PFRON

|  |
| --- |
| Imię i nazwisko………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………  PESEL albo numer dowodu tożsamości…………………………….………………………………………………………………..…………………  Adres zamieszkania……………………………………………………………….….……………………………………………………………………………  **Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji**\*  □ dysfunkcja narządu ruchu □ dysfunkcja narządu słuchu  □ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim □ upośledzenie umysłowe  □ dysfunkcja narządu wzroku □ padaczka  □ choroba psychiczna □ inne *jakie?*  □ schorzenia układu krążenia ………………………………………………………………  **Konieczność wykonania likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się, technicznych**\*  □ Nie  **□** Tak, *jakich*  □ barier architektonicznych □ w komunikowaniu się □ technicznych  uzasadnienie oraz zalecany zakres likwidacji barier stosowny do potrzeb wynikających z niepełnosprawności….………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…….………………………………………………………...……………………………………….………………….………….………....…………………………………………..………………….………...………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………….  **Jakich przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych, bądź sprzętu rehabilitacyjnego używa osoba niepełnosprawna?**  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  \**wstawić X w odpowiednim miejscu*  .............................................................. .............................................................  ***data wystawienia*  *pieczątka i podpis lekarza*** |