

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Sandomierzu**  
**ul. Mickiewicza 34, 27-600 Sandomierz**  
**tel. (0-15) 832 32 43 wew. 323**

.....  
nr wniosku

.....  
pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

.....  
data wpływu kompletnego wniosku

**WNIOSEK**

o dofinansowanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się

**I. Dane dotyczące wnioskodawcy (wypełnić drukowanymi literami)**

Imię/imiona..... Nazwisko.....	PESEL.....
Dowód osobisty: Seria ..... nr ..... wydany w dniu.. ..... przez.....ważny do .....	
<b>Adres zamieszkania:</b> nr kodu ..... - ..... poczta ..... powiat ..... miejscowość ..... ulica ..... nr domu ..... nr lokalu ..... Numer telefonu: .....	

**II. Rodzaj niepełnosprawności<sup>1</sup>**

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządów wzroku	
4. dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
<b>PUNKTACJA</b>	

**III. Stopień niepełnosprawności<sup>1</sup> Orzeczenie ma charakter :**

1. całkowita niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji / <b>znaczny</b> / inwalidzi I grupy	
2. całkowita niezdolność do pracy / <b>umiarkowany</b> / inwalidzi II grupy	
3. częściowa niezdolność do pracy/ <b>lekki</b> / inwalidzi III grupy	
<b>PUNKTACJA</b>	

**IV. Sytuacja zawodowa<sup>1</sup>**

1. zatrudniony* / prowadzący działalność gospodarczą*	
2. młódzież od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca*	
3. bezrobotny poszukujący pracy* / rencista poszukujący pracy*	
4. rencista*/ emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy	
5. dzieci i młódzież do lat 18	
<b>PUNKTACJA</b>	

<sup>1</sup> należy wstawić X we właściwej rubryce

\* niepotrzebne skreślić

**V. Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkiwanie<sup>1</sup>**

1) samotnie	
2) z rodziną	
3) z osobami nie spokrewnionymi	
<b>PUNKTACJA</b>	

**VI. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z wnioskodawcą:**

Lp.	Imię i Nazwisko	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Wiek	Czy pobiera naukę (tak/nie)	Stopień i rodzaj niepełnosprawności	Średni miesięczny dochód (netto)
<b>Dane dotyczące Wnioskodawcy</b>						
1.						
<b>Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego:</b>						
2.	<b>Należy wpisać wyłącznie stopień pokrewieństwa</b>					
3.						
4.						
5.						
6.						
<b>RAZEM:</b>						
<b>Średni miesięczny dochód na członka rodziny:</b>						
(Miesięczny dochód rodziny podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym)						

Liczba punktów ..... (wypełnia PCPR)

**VII. Informacja o korzystaniu ze środków finansowych PFRON**

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON				NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>
Nr umowy	Data przyznania dofinansowania	Kwota przyznanego dofinansowania	Cel dofinansowania (nazwa programu i/lub zadania ustawowego w ramach którego została przyznana pomoc)	Stan rozliczenia (data i kwota rozliczenia)	
<b>Razem:</b>				<b>Razem:</b>	
<b>PUNKTACJA</b>					

<sup>1</sup> należy wstawić X we właściwej rubryce

**VIII. Informacja o przedmiocie wniosku**

**A. Miejsce realizacji zadania (adres):**

.....

**B. Cel likwidacji barier w komunikowaniu się:**

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

**C. Przedmiot dofinansowania (Wykaz planowanych przedsięwzięć w celu likwidacji barier):**

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

**D. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:**

.....

**E. Przewidywany koszt realizacji zadania:**

.....zł

Słownie .....

**F. Deklarowany udział własny wnioskodawcy: .....%**

**G. Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON (należy pomniejszyć o udział własny)**

..... zł

(słownie: .....),

co stanowi ..... % kosztu realizacji zadania.

**H. Udokumentowana informacja o dofinansowaniu zadania z innych źródeł:**

.....  
.....

**I. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania:**

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

**IX. Nazwa banku i numer rachunku bankowego, na które zostaną przekazane środki finansowe otrzymane przez wnioskodawcę na realizację zadania:**

.....  
**Oświadczenia wnioskodawcy:**

**Art. 233 § 1 KK– Kto, składając zeznanie 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 lat 8.**

- Przeciętny miesięczny dochód rodziny w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi: ..... . Liczba osób we wspólnym gospodarstwie wynosi .....
- Oświadczam, że posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach zadania, tj. .... % kosztów realizacji zadania związanego z likwidacją.
- Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte we wniosku wraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.
- Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku byłam/em /nie byłam/em\* stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i rozwiązaney z przyczyn leżących po mojej stronie.
- Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie uzyskałem/am odpowiednio na te cele dofinansowania ze środków Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
- Oświadczam, że posiadam/ nie posiadam\* wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego przez Administratora Danych Osobowych, tj. przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Sandomierzu, ul. Mickiewicza 34, 27-600 Sandomierz, w celu rozpatrzenia i/lub\* realizacji wniosku o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się /art. 6 ust. 1 lit. a RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. a RODO/.  
Podaję dane osobowe dobrowolnie oraz zostałem (-am) poinformowany (-a), że niepodanie danych osobowych uniemożliwią rozpatrzenie i/lub\* realizację wniosku o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się , że są one zgodne z prawdą.  
Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej.

**Sandomierz, dnia .....**

.....  
(podpis wnioskodawcy\*, przedstawiciela ustawowego\*,  
opiekuna prawnego\*, pełnomocnika\* )

**Uwaga:**

W przypadku podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzja, na podstawie której przyznano środki finansowe PFRON, zostanie anulowana a **Wnioskodawca zobowiązany zostanie do zwrotu przekazanych przez PCPR środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonania przez PCPR płatności tych środków.**

\*niepotrzebne skreślić

**Przedstawiciel ustawy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik:**

Imię .....	PESEL .....
Nazwisko .....	.....
Dowód osobisty: Seria ..... nr ..... wydany w dniu ..... przez ..... ważny do .....	
Adres zamieszkania: miejscowość .....ulica ..... nr domu ..... nr kodu .....-..... poczta.....	
Nazwa banku.....	Tel. ....
Nr rachunku .....	Tel. kom. ....
Ustanowiony opiekunem* postanowieniem Sądu ..... z dnia ..... sygn. akt .....	
Na mocy pełnomocnictwa* potwierdzonego przez Notariusza z dnia ..... repertorium nr.....	
* wpisać właściwe, załączyć dokument potwierdzający	

**Załączniki do wniosku:****I Etap:**

Lp.	Nazwa załącznika	Dołączono do wniosku (proszę zaznaczyć)	Uzupełniono dnia (wypełnia PCPR)	Uwagi
1	kopia orzeczenia o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych ( Dz. U. z 2018 r. poz. 511).			
2	kopia orzeczenia o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą			
3.	Zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności (według druku załączonego do wniosku)			
4.	zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy			
5.	kopia decyzji o przyznaniu zasiłku pielęgnacyjnego w przypadku jego pobierania			
6.	kopia decyzji o przyznaniu świadczeń pomocy społecznej, jeżeli takie występują			
7.	oferta zakupu sprzętu w ramach likwidacji szt. 3			
8.	zaświadczenie ze szkoły/uczelni o pobieraniu nauki – dotyczy osób uczących się lub zaświadczenie Wnioskodawcy o przyjęciu do szkoły/ uczelni			
9.	Inne dokumenty:			

**B. Adnotacja przyjmującego wniosek (wypełnia PCPR)**

**I. Suma uzyskanych punktów:**

.....

**II. Etap I**

**Opinia merytoryczna co do kompletności wniosku i załączników oraz zasadności zaproponowanego przez wnioskodawcę zakresu zadania**

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

.....

(data i podpis)

**III. Etap II**

**Opinia merytoryczna co do poprawności rozwiązań technicznych i kosztów zakupu oraz zgodności z wykazem likwidacji barier**

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

.....

(data i podpis)

**IV. Decyzja o przyznaniu dofinansowania**

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

.....

( data i podpis)

.....  
 Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
 lub praktyki lekarskiej

### Zaświadczenie lekarskie

o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o dofinansowanie ze środków PFRON  
**Likwidacji barier w komunikowaniu się**

Imię i nazwisko .....

Adres:.....

Pesel:.....

1. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy:

<input type="checkbox"/>	dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
<input type="checkbox"/>	dysfunkcji narządu ruchu – osoba leżąca
<input type="checkbox"/>	innej dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się przy pomocy: balkonika
<input type="checkbox"/>	innej dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się przy pomocy: kul, laski
<input type="checkbox"/>	innej dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się przy pomocy: osób drugich
<input type="checkbox"/>	dysfunkcji narządu ruchu pozwalającej na samodzielne poruszanie się
<input type="checkbox"/>	wrodzony brak lub amputacja dłoni i rąk
<input type="checkbox"/>	dysfunkcja narządu wzroku
<input type="checkbox"/>	dysfunkcja narządu słuchu
<input type="checkbox"/>	dysfunkcja narządu mowy
<input type="checkbox"/>	deficyty rozwojowe (upośledzenie umysłowe)
<input type="checkbox"/>	niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia
<input type="checkbox"/>	inne dysfunkcje (podać jakie)..... .....

2. W/w niepełnosprawność spowodowana jest:.....  
 .....

3. Nazwa sprzętu, urządzenia o który ubiega się osoba niepełnosprawna w celu likwidacji barier w komunikowaniu się:  
 .....

4. Uzasadnienie konieczności korzystania z w/w sprzętu, urządzenia w celu likwidacji barier w komunikowaniu się:  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

.....  
 miejscowość, data

.....  
 pieczętka i podpis lekarza

Należy wypełnić wszystkie pozycje zaświadczenia, w przypadku ich nie uzupełnienia zaświadczenie zostanie uznane za niekompletne i zwrócone wnioskodawcy!