

Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Wartość
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
Nr telefonu:	

Adres e-mail:	
----------------------	--

ADRES KORESPONDENCYJNY

Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Wartość
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Wartość
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Wartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Numer orzeczenia:	
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność:	<input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> Nie dotyczy

<p>Rodzaj niepełnosprawności:</p>	<input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne <input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe
<p>Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:</p>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<p>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</p>	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

indywidualne wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych ze środków finansowych PFRON:

nie korzystałem

korzystałem

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zwanego Funduszem tak nie

Czy Wnioskodawca w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku był stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązywanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy tak nie

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

PRZEDMIOT WNIOSKU

Nazwa pola	Wartość
Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:	
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):	
Słownie:	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON (do 95% kosztów całego przedsięwzięcia):	
Słownie:	

co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:	
Deklarowane środki własne:	
Inne źródła finansowania:	
Uzasadnienie wniosku:	

WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER

Nazwa pola	Wartość
Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:	
Miejsce realizacji zadania:	
Termin rozpoczęcia:	
Przewidywany czas realizacji:	

OPIS PONIESIONYCH NAKŁADÓW

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

FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

- Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Wartość
Właściciel konta (imię i nazwisko):	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

- W kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)
- Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

Część C – Dane dodatkowe

SYTUACJA ZAWODOWA

- Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
- Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
- Bezrobotny poszukujący pracy
- Rencista poszukujący pracy
- Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy Dzieci i młodzież do lat 18 Inne / jakie?

OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

1. W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.
2. Oświadczam, że w przypadku przyznania dofinansowania będę dysponował/a środkami finansowymi na opłacenie wymaganego udziału własnego w postaci różnicy pomiędzy kwotą dofinansowania, ewentualnym dofinansowaniem z innych źródeł, a całkowitym kosztem realizacji zadania.
3. Oświadczam, że w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku nie uzyskałem/am dofinansowania ze środków PFRON na likwidację barier technicznych.
4. Przyjmuję do wiadomości, że złożenie wniosku o dofinansowanie nie jest równoznaczne z jego przyznaniem. Nie gwarantuje też, że kwota przyznanego dofinansowania będzie równa oczekiwanej przez Wnioskodawcę.
5. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku i załącznikach podane zostały zgodnie z prawdą.

6. Przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku podania zawartych we wniosku nieprawdziwych informacji, umowa na podstawie której przyznano środki finansowe Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zostanie rozwiązana, a Wnioskodawca zobowiązany zostanie do zwrotu przekazanych przez PCPRiOZ środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonania płatności tych środków.

7. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku powzięcia wątpliwości odnośnie podanych we wniosku o dofinansowanie danych, w szczególności, co do wysokości dochodów I liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, PCPR wezwie Wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.

8. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni od ich powstania.

9. Oświadczam, że są mi znane następujące informacje:

- a) dofinansowanie nie przysługuje osobom, które w ciągu 3 lat przed dniem złożenia wniosku były, stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie tej osoby,
- b) dofinansowanie nie przysługuje, jeżeli Wnioskodawca ma zaległości wobec Funduszu,
- c) dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych I zawarciem umowy o dofinansowanie,
- d) zakup materiałów I robocizny nie może nastąpić wcześniej niż podpisanie umowy,
- e) podstawę dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych stanowi umowa zawarta pomiędzy Powiatem Dzierżoniowskim reprezentowanym przez Dyrektora PCPRiOZ a Wnioskodawcą,
- f) nieusunięcie braków I uchybień we wniosku w wyznaczonym przez PCPRiOZ terminie 30 dni skutkować będzie pozostawieniem wniosku bez rozpatrzenia,
- g) wszelkie koszty związane z przygotowaniem wniosku ponosi Wnioskodawca.

<i>Miejscowość</i>	<i>Data</i>	<i>Podpis Wnioskodawcy</i>

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik	Załączono do wniosku	Uzupełniono
1.	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego	tak/nie	tak/nie
2.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym lub pełnomocnictwa notarialnego	tak/nie	tak/nie
3.	Aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające opis przyczyny niepełnosprawności i uzasadnienie	tak/nie	tak/nie
4.	Oświadczenie o upoważnieniu odbioru dokumentów – załącznik nr 1 do wniosku	tak/nie	tak/nie
5.	Zgoda na przetwarzanie danych osobowych – załącznik nr 2 do wniosku	tak/nie	tak/nie

Wniosek kompletny:

tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
------------------------------	------------------------------

Adnotacje urzędowe:

.....

.....

.....

Dzierżoniów, dnia

.....
/podpis pracownika weryfikującego wniosek/

OŚWIADCZENIE

W nawiązaniu do wniosku dotyczącego dofinansowania likwidacji barier technicznych:

.....
(imię i nazwisko osoby upoważnianej)

.....
PESEL osoby upoważnianej

do złożenia wniosku, doniesienia i odbioru dokumentów, odbioru umowy/aneksu do podpisu w ww. sprawie.

.....
/miejsowość, data, czytelny podpis Wnioskodawcy/

KLAUZULA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH DLA KLIENTA *

Imię i nazwisko

Adres:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci:

- **mojego numeru telefonu** **tak** **nie**
➤ **adresu e-mail** **tak** **nie**

dla potrzeb efektywnej i sprawnej realizacji złożonego wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON do likwidacji barier technicznych, co będzie wpływać na ułatwienie komunikacji z wnioskodawcą.

Podaję dane osobowe dobrowolnie i świadomie oraz oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

Oświadczam, że:

a) zostałam/em poinformowana/y, że udzielona zgoda na przetwarzanie moich danych osobowych może zostać odwołana w dowolnym momencie za pomocą poczty elektronicznej, za pośrednictwem operatora pocztowego lub osobiście w sekretariacie tutejszego Centrum. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem,

b) zostałam/em poinformowana/y, iż Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie i Ochrony Zdrowia w Dzierżoniowie nie może na podstawie niniejszej zgody przetwarzać powyższych danych w sposób naruszający moje dobre imię lub dobra osobiste, a także w zakresie i celu innym niż wskazane powyżej,

c) zostałam/em poinformowana/y, że wyrażenie niniejszej zgody nie zwalnia Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie i Ochrony Zdrowia w Dzierżoniowie z obowiązków wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa co do zabezpieczenia przetwarzanych danych oraz ich legalnego przetwarzania.

d) zostałam/em poinformowana/y, że Administratorem moich danych osobowych jest także Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych a **szczegółowe zasady przetwarzania danych osobowych przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zamieszczone są pod adresem: <https://www.pfron.org.pl/o-funduszu/rodo-w-funduszu/>.**

e) zapoznałam/em się i zaakceptowałam/em Regulamin korzystania z Systemu SOW, w szczególności z Rozdziałem VII – Dane Osobowe. Dokument, o którym mowa dostępny jest pod adresem <https://portal-sow.pfron.org.pl>.

.....
/miejsowość, data, czytelny podpis Wnioskodawcy/

* **UWAGA! Wypełnia właściciel nr telefonu i adresu e-mail**

dnia,

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie i Ochrony Zdrowia
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta

Data urodzenia

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....
.....

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące

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

4. Potrzeby pacjenta w zakresie wyposażania w odpowiednie do rodzaju schorzeń urządzenia lub sprzęt likwidujące bariery techniczne

.....
.....

5. Niepełnosprawność pacjenta dotyczy (zakreślić właściwe):

narządu ruchu w zakresie

dysfunkcji z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim

innej dysfunkcji kończyn dolnych

dysfunkcji kończyn górnych

jednoczesnej dysfunkcji kończyn dolnych i kończyn górnych

narządu wzroku

narządu słuchu

narządu mowy

innego schorzenia

.....

pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie