

.....
(data wpływu wniosku)**WNIOSEK****O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
LIKWIDACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ / TECHNICZNYCH****DANE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

(proszę wypełnić czytelnie, drukowanymi literami)

.....
(imię i nazwisko)

PESEL | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

data urodzenia.....

Miejsce zamieszkania:

Miejscowość..... ulica..... nr domu..... nr lokalu.....

Nr kodu..... poczta..... gmina.....

powiat..... Nr telefonu..... e-mail.....

Rodzaj posiadanego orzeczenia¹:

Znaczny stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne	
Umiarkowany stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne	
Lekki stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne	
Orzeczenie o niepełnosprawności (osoby do 16 roku życia)	

II. Rodzaj niepełnosprawności¹:

Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
Inna dysfunkcja narządu ruchu	
Dysfunkcja narządu wzroku	
Dysfunkcja narządu słuchu	
Dysfunkcja narządu mowy	
Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
Niepełnosprawność sprzężona (wielonarządowa)	
Inna dysfunkcja (jaka?).....	

III. Sytuacja zawodowa¹:

Zatrudniony, prowadzący działalność gospodarczą	
Bezrobotny poszukujący pracy	
Rencista poszukujący pracy	
Rencista, emeryt niezainteresowany podjęciem pracy	
Dzieci i młodzież do 18 roku życia	
Uczeń, student po 18 roku życia uczący się lub studiujący	
Inna (jaka?):	

¹ Wstawić X we właściwej rubryce

IV. Informacje uzupełniające:

1. **Wykształcenie***: brak, podstawowe, gimnazjalne, zawodowe, średnie ogólnokształcące, średnie zawodowe, policealne, wyższe zawodowe (licencjackie), wyższe magisterskie.

2. **Rodzaj źródła utrzymania***: wynagrodzenie za pracę, przychody z działalności gospodarczej, renta inwalidzka, renta rodzinna, renta socjalna, emerytura, zasiłek z pomocy społecznej, zasiłek dla bezrobotnych, stypendium, alimenty, inne (jakie?)

V. Opis rodziny Wnioskodawcy¹:

Zamieszkuje samotnie	
Zamieszkuje z rodziną	
Osoby niepełnosprawne w rodzinie (podać stopień i rodzaj)	

VI. Struktura rodziny prowadzącej wspólne gospodarstwo:

OŚWIADCZENIE

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (*art. 233 KK § 1 i § 6. 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 do lat 3.*) oświadczam, że mój **średni miesięczny dochód przypadający na jednego członka rodziny, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek**, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, wynosił.....³zł,

Słownie(.....)

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie wynosi:

* Niepotrzebne skreślić

¹ Wstawić **X** we właściwej rubryce

³ Należy wpisać średni miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych, pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek.

VII. Korzystanie ze środków finansowych PFRON¹:

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON			TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
(Informacja o otrzymanych środkach PFRON dotyczy tylko zawartych umów)				
Cel (nazwa zadania ustawowego oraz /lub nazwa programu, w ramach którego przyznana została pomoc)	Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Termin rozliczenia	Kwota rozliczona
	Razem kwota przyznana:		Razem kwota rozliczona:	

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON Tak Nie
 Jeżeli tak, podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania

IX. Informacja o rodzaju i charakterze planowanej likwidacji bariery w komunikowaniu się/technicznej:

- Cel likwidacji barier (uzasadnienie wniosku):
- Wykaz planowanych inwestycji, zakupów związanych z likwidacją barier:
- Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania, wykonania usługi
- Przewidywany całkowity koszt realizacji zadania zł
- Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON** (maksimum 95% całkowitych kosztów z punktu 4)..... zł (słownie.....)
- Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania (załączniki do wniosku):
- Numer rachunku bankowego i nazwa banku, na który będą przekazane środki finansowe PFRON związane z likwidacją barier:
 |_|_|-|_|_|_|-|_|_|_|-|_|_|_|-|_|_|_|-|_|_|_|-|_|_|_|
- Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych na realizację zadania:
- Miejsce realizacji zadania:
 (podać dokładny adres)

Uprowadzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks Karny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, a w przypadku wykrycia faktu wprowadzenia w błąd organu rozpatrującego wniosek, podania nieprawdziwych informacji, zobowiązuję się do zwrotu pełnej kwoty udzielonego dofinansowania wraz z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonania płatności tego dofinansowania, w terminie wskazanym przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie (PCPR) w Krapkowicach.

Zobowiązuję się na żądanie PCPR w Krapkowicach do składania dodatkowych wyjaśnień oraz dokumentów (*oryginałów lub kserokopii*) związanych z realizacją programu dotyczącego likwidacji barier.

Zobowiązuję się do bezzwłocznego zgłoszenia informacji mogących mieć wpływ na sposób rozpatrzenia i przyznania pomocy finansowej.

Oświadczam, że nie mam zaległości w terminowym regulowaniu wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach zadania.

Wniosek stanowi ofertę zawarcia umowy cywilnoprawnej i jego rozpatrzenie nie podlega przepisom kodeksu postępowania administracyjnego.

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Ponadto wyrażam zgodę na podanie mojego numeru telefonu i adresu e-mail w celu ułatwienia kontaktowania się ze mną w sytuacjach, gdy jest to niezbędne. Podanie numeru telefonu i adresu e-mail jest świadomie wyrażoną i dobrowolną zgodą.

miejsowość

dnia.....

(Czytelny **podpis Wnioskodawcy** lub osoby do tego uprawnionej)

Dane przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika:

.....syn/córka.....

(imię i nazwisko)

(imię ojca)

.....(seria i numer dowodu osobistego, przez kogo został wydany).....

PESEL.....NIP.....

Miejscowość.....ulica.....nr domu.....nr lokalu.....

Nr kodu.....poczta.....gmina.....

powiat.....Nr telefonu.....

ustanowiony opiekunem*/pełnomocnikiem* dla

postanowieniem Sądu..... z dn.

sygn. akt*, na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*

z dn.repet. Nr

Klauzula informacyjna:

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 *ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych* z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, że: **Administratorem** Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Krapkowicach, z siedzibą w Krapkowicach, ul. Kilińskiego 1. **Inspektorem ochrony danych osobowych** w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Krapkowicach jest Grzegorz Ceglowski, tel. 77 44 67 120, e-mail: g.ceglowski@powiatkrapkowicki.pl. **Odbiorcą danych osobowych** jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Krapkowicach oraz organy właściwe określone ustawami. Dane osobowe będą przetwarzane w celu wykonywania zadań na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a,b,c,e rozporządzenia oraz innych przepisów prawa, które zobowiązują i wskazują na konieczność przetwarzania danych. Dane osobowe będą przekazywane do innego państwa wyłącznie w przypadkach, kiedy wymaga tego prowadzone postępowanie. Dane osobowe będą przechowywane przez okres określony w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Krapkowicach stanowiącym załącznik nr 2 do Zarządzenia Nr 8/2016 Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Krapkowicach z dnia 30 Listopada 2016r. **Posiada Pani/Pan prawo** dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawienia. **Ma Pani/Pan prawo** wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych (UODO), w przypadku, gdy uzna, że przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana narusza przepisy *ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych* z dnia 27 kwietnia 2016 r. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym lub warunkiem zawarcia umowy.

* Niepotrzebne skreślić

Załączniki do wniosku:

1. **Kserokopia ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności** lub orzeczenia równoważnego, a w przypadku dzieci i młodzieży kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności.
2. **Oświadczenie o dochodach** Wnioskodawcy i osób wspólnie zamieszkałych z Wnioskodawcą – obliczony za ostatni kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek.
3. Zaświadczenie z właściwego urzędu pracy potwierdzające statut bezrobotnego lub poszukującego pracy (w przypadku takich osób).
4. Zaświadczenie ze szkoły, uczelni potwierdzające statut ucznia, studenta (w przypadku takich osób).
5. **Aktualne zaświadczenie lekarza potwierdzające potrzebę dokonania zakupu i/lub zamontowania wskazanego we wniosku urządzenia.**
6. Oświadczenie (prawo jazdy do wglądu) potwierdzające uprawnienia do kierowania pojazdami mechanicznymi (w przypadku takich osób).
7. Oświadczenie potwierdzające prawa do pojazdu mechanicznego, w którym ma być dokonana likwidacja barier transportowych (w przypadku takich osób dowód rejestracyjny do wglądu).
8. **Kosztorys** wnioskowanego sprzętu, urządzenia, wykonania usługi itp.
9. Inne dokumenty świadczące na korzyść Wnioskodawcy.

Pouczenie:

- O dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych **mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, jeżeli jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności.**
- Dofinansowanie ze środków Funduszu nie przysługuje, jeżeli podmiot ubiegający się o dofinansowanie ma zaległości wobec Funduszu lub podmiot ten był, w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie tego podmiotu.
- Dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych przysługuje osobom niepełnosprawnym, które w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie uzyskały odpowiednio na te cele dofinansowania ze środków Funduszu.
- Ponadto **dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy.** Wysokość dofinansowania likwidacji barier funkcjonalnych wynosi do 95% kosztów przedsięwzięcia, nie więcej jednak niż do wysokości piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia.

Wypełnia PCPR:

1. Adnotacje pracownika dotyczące zasadności i kompletności złożonego wniosku:

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

.....
(data i podpis pracownika PCPR)

2. Opinia komisji przy PCPR w Krapkowicach rozpatrującej wniosek:

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

3. Decyzja o wysokości i przyznaniu dofinansowania ze środków PFRON:

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

.....
(data i podpis dyrektora PCPR)

