



.....
potwierdzenie wplywu wniosku

Nr wniosku: PCPR.513.....

WNIOSEK T-K

o dofinansowanie ze srodkow Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych*/w komunikowaniu się* w związku z indywidualnymi potrzebami osoby niepełnosprawnej w miejscu zamieszkania

I. Dane dotyczące Wnioskodawcy (osoby niepełnosprawnej):

Imię i nazwisko:PESEL

Adres zamieszkania: ul.nr domunr lokalu

Kod miejscowość:gmina:

Telefone-mail:

Rachunek bankowy Wnioskodawcy lub osoby upoważnionej:

Właściciel rachunku bankowego:

Nazwa banku i nr rachunku:

Przedstawiciel ustawowy /podkreśl właściwe/: rodzic; opiekun prawny*; pełnomocnik*; (wypełnić jeżeli dotyczy), *dołączyć kopie zaświadczenia dot. ustanowienia opiekuna prawnego lub pełnomocnictwo (oryginał lub urzędowo poświadczony odpis pełnomocnictwa).

Imię i nazwisko:PESEL

Adres zamieszkania: (wypełnić, gdy jest inny niż Wnioskodawcy):

ul.nr domunr lokaluKod

miejscowość:gmina: telefon

1. Stopień niepełnosprawności: (wstawić X we właściwej rubryce)

1. Znaczny / inwalidzi I grupy, osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
- osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
2. Umiarkowany / inwalidzi II grupy, osoby całkowicie niezdolne do pracy	
- inwalidzi III grupy ze względu na głuchotę lub głuchoniemotę	
3. Lekki / pozostali inwalidzi III grupy, osoby częściowo niezdolne do pracy	
- osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	
4. Osoby w wieku do 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności	

2. Główna dysfunkcja najbardziej utrudniająca funkcjonowanie: (wstawić X we właściwej rubryce)

1. Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
2. Inna dysfunkcja narządu ruchu; osoba porusza się przy pomocy kul, chodzika	
3. Dysfunkcja narządu wzroku	
4. Dysfunkcja narządu słuchu i mowy	
5. Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
7. Inne, jakie.....	

3. Sytuacja zawodowa: (wstawić X we właściwej rubryce)

1. Zatrudniony / prowadzący działalność gospodarczą *	
2. Osoba w wieku 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 młodzież do lat 18	

* niepotrzebne skreślić

4. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił:zł. (za miesiąc na osobę).

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

II. Informacja o korzystaniu ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych:

Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON		<input type="checkbox"/> Tak (należy wypełnić tabelę)
		<input type="checkbox"/> Nie
Cel dofinansowania	Data, nr umowy, kwota dofinansowania	Czy rozliczono się z Funduszem (tak/nie)
Likwidacja barier architektonicznych		
Likwidacja barier technicznych		
Likwidacja barier w komunikowaniu się		
Zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny		
Inny (jaki)		

III. Planowana likwidacja bariery:

Lp.	Wnioskowany przedmiot dofinansowania:	Kwota brutto w zł
1.		
2.		
3.		
	Razem:	

1. Uzasadnienie potrzeby likwidacji bariery (należy krótko opisać cel likwidacji barier, ze wskazaniem istniejących barier w miejscu realizacji zadania):

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

2. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania:(do 95% kosztów przedsięwzięcia),
słownie:

3. Deklarowany udział własny pokrycia kosztów realizacji zadania:
(min. 5% kosztów przedsięwzięcia), słownie:

4. Wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę:.....

5. Miejsce realizacji zadania:

6. Planowany termin rozpoczęcia realizacji zadania:

7. Przewidywany czas realizacji zadania:

8. Informacja o ewentualnym innym źródle finansowania zadania (należy udokumentować):
.....

9. Inne informacje mogące mieć znaczenie przy rozpatrywaniu wniosku (np. sytuacja osobista, rodzinna, dodatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym):
.....
.....

.....
miejscość

.....
data

.....
podpis Wnioskodawcy*, pełnomocnika*
przedstawiciela ustawowego*,
opiekuna prawnego*

* niepotrzebne skreślić

Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności Wnioskodawcy lub w przypadku dziecka orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu).
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie (wypełnione na druku dołączonym do wniosku).
3. Faktura proforma (oferta cenowa) na zakup przedmiotu dofinansowania wystawiona przez dostawcę sprzętu/urządzenia.
4. Zaświadczenie o ustanowieniu opiekuna prawnego lub pełnomocnictwo.
5. Inne wynikające z wniosku (np. inne źródła finansowania zadania).
6. Oświadczenie osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę do odbioru dofinansowania ze środków PFRON.

Oświadczenia:

1. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Tomysłu, ul. Poznańska 30 dla potrzeb niezbędnych do realizacji uprawnień lub obowiązków wynikających z przepisów prawa oraz, że zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania - zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.
2. Oświadczam, że przedstawione przeze mnie informacje we wniosku o dofinansowanie oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. Uprzedzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 § 1 kodeksu karnego, przyjmuję do wiadomości, że „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”.
3. Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON i nie byłem/em w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
4. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie wizji lokalnej/kontroli w miejscu realizacji zadania oraz na rejestrację i utrwalenie przebiegu wizji/kontroli (m.in.: poprzez sporządzanie fotografii).
5. Oświadczam, że o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni od ich powstania.

Wyjaśnienia:

1. Przy ustalaniu dochodu w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy, uwzględnia się wszystkie dochody w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych
2. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.
3. Zgodnie z art. 66 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych w sprawach nieunormowanych przepisami ustawy stosuje się: Kodeks postępowania administracyjnego, Kodeks cywilny oraz Kodeks pracy.
4. Na podstawie art. 75 § 1 i 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. kodeks postępowania administracyjnego - jako dowód należy dopuścić wszystko, co może przyczynić się do wyjaśnienia sprawy, a nie jest sprzeczne z prawem. W szczególności dowodem mogą być dokumenty, zeznania świadków, opinie biegłych oraz oględziny.
5. Dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych nie przysługuje osobom niepełnosprawnym, które w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku uzyskały odpowiednio na te cele dofinansowanie ze środków PFRON.

ZAWIADOMIENIE

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Tomysłu działając na podstawie art. 61 § 4 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego zawiadamia, że z dniem złożenia wniosku w tut. Centrum zostaje wszczęte postępowanie administracyjne w sprawie likwidacji barier dla osoby niepełnosprawnej ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Pouczenie

Zgodnie z art. 10 § 1 KPA stronom przysługuje prawo wypowiedzenia się, co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań. Skorzystanie z powyższego prawa winno nastąpić w terminie 7 dni od dnia złożenia wniosku - w godzinach pracy tut. Centrum, tj. od poniedziałku do piątku, od 7.30 do 15.30.

Powyższe nie jest obowiązkowe.

Na mocy art. 41 § 1 i 2 KPA informujemy, że w toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie swego adresu. W razie zaniedbania obowiązku określonego wyżej doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.

Wnioski są rozpatrywane po otrzymaniu środków finansowych z PFRON na dany rok.

Potwierdzam zapoznanie się z treścią powyższego zawiadomienia.

.....
miejsowość

.....
data

.....
podpis Wnioskodawcy*, pełnomocnika*
przedstawiciela ustawowego*,
opiekuna prawnego*

* niepotrzebne skreślić

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

.....
(miejscowość i data)

ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

**dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Tomyślu
-dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych likwidacji technicznych/w komunikowaniu się**

Prosimy wypełnić czytelnie.

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania.....

.....

Data urodzenia

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (w języku polskim):

.....

.....

.....

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną niepełnosprawności:

.....

.....

.....

3. Uszkodzenia innych narządów oraz choroby współistniejące:

.....

.....

4. Używane przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze:

.....

.....

.....

5. Potrzeby w zakresie przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych:

.....

.....
.....

6. Używany sprzęt rehabilitacyjny:

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

7. Potrzeby w zakresie sprzętu rehabilitacyjnego:

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

8. Niepełnosprawność dotyczy (zaznaczyć właściwe i opisać):

- narządu ruchu, w zakresie
- kończyny górne, w zakresie
- jednoczesna dysfunkcja kończyn(y) górnej i dolnej, w zakresie
- dysfunkcja narządu wzroku, w zakresie
- dysfunkcja narządu słuchu, w zakresie
- deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe), w zakresie
- inne schorzenia (podać jakie)

.....
.....

.....
pieczętka i podpis lekarza

Załącznik nr 6 do wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych/w komunikowaniu się

.....
(imię i nazwisko osoby upoważnionej do odbioru
dofinansowania ze środków PFRON)

.....
(numer PESEL)

.....
(numer telefonu kontaktowego)

Przyjmuję do wiadomości, że w związku z podaniem przez Pana/Panią (*imię i nazwisko Wnioskodawcy*) moich danych osobowych zawartych we wniosku o dofinansowanie likwidacji barier likwidacji barier technicznych/w komunikowaniu się, Administratorem moich Danych Osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Tomyślu, ul. Poznańska 30. Celem przetwarzania danych osobowych jest przekazanie dla ww. osoby na rachunek bankowy dofinansowania ze środków PFRON. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Tomyślu informuje o prawie wniesienia, w przypadkach wymienionych w art. 23 ust. 1 pkt 4 i 5 ustawy o ochronie danych osobowych pisemnego, umotywowanego żądania zaprzestania przetwarzania danych ze względu na szczególną sytuację, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w przypadkach, wymienionych w art. 23 ust. 1 pkt 4 i 5 ww. ustawy, gdy administrator danych zamierza je przetwarzać w celach marketingowych lub wobec przekazywania jej danych osobowych innemu administratorowi danych oraz dobrowolności podania danych, prawie dostępu do ich treści oraz ich poprawiania – zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Tomyślu.

.....
(podpis składającego oświadczenie)

*Art. 23 ust. 1 pkt 4 i 5 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych: „Przetwarzanie danych osobowych jest dopuszczalne tylko wtedy, gdy: (...) jest niezbędne do wykonania określonych prawem zadań realizowanych dla dobra publicznego; (...) jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów realizowanych przez administratorów danych albo odbiorców danych, a przetwarzanie nie narusza praw i wolności osoby, której dane dotyczą”.