**WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW DO WNIOSKU – LIKWIDACJA BARIER TECHNICZNYCH**

1. Kopia aktualnego orzeczenia wnioskodawcy o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne – oryginał do wglądu,
2. Zaświadczenie lekarskie szczegółowo opisujące zakres ograniczenia sprawności, wypełnione czytelnie w języku polskim z informacją o ewentualnie używanym oprzyrządowaniu ortopedycznym - załącznik nr 1 do wniosku o dofinansowanie likwidacji barier funkcjonalnych,
3. Oferta cenowa wnioskowanego urządzenia/wyposażenia itp.

INFORMACJE W SPRAWIE DOFINANSOWANIA
ZE ŚRODKÓW PFRON UDZIELA
PUNKT OBSŁUGI INTERESANTA
POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE

W OSTROWCU ŚWIĘTOKRZYSKIM, UL. ŚWIĘTOKRZYSKA 22, POKÓJ NR 0.21
TEL. 41 249 94 19

**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

| ROLA WNIOSKODAWCY | |
|---|---|
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| **Wnioskodawca składa wniosek:** | ☐ We własnym imieniu<br>☐ Jako rodzic<br>☐ Jako opiekun prawny<br>☐ Jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego)<br>☐ na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie<br>☐ na mocy pełnomocnictwa niepoświadczonego notarialnie |
| **Postanowieniem Sądu:** | |
| **Z dnia:** | |
| **Sygnatura akt:** | |
| **Imię i nazwisko notariusza:** | |
| **Repertorium nr:** | |
| **Zakres pełnomocnictwa:** | ☐ pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie<br>☐ do rozliczenia dofinansowania<br>☐ do zawarcia umowy<br>☐ do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku<br>☐ do złożenia wniosku<br>☐ inne |

## DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

| Nazwa pola | Wartość |
|---|---|
| **Imię:** | |
| **Drugie imię:** | |
| **Nazwisko:** | |
| **PESEL:** | |
| **Data urodzenia:** | |
| **Płeć:** | ☐ mężczyzna ☐ kobieta |

## ADRES ZAMIESZKANIA

| Nazwa pola | Wartość |
|---|---|
| **Województwo:** | |
| **Powiat:** | |
| **Gmina:** | |
| **Miejscowość:** | |
| **Ulica:** | |
| **Nr domu:** | |
| **Nr lokalu:** | |
| **Kod pocztowy:** | |
| **Poczta:** | |
| **Rodzaj miejscowości:** | ☐ miasto<br>☐ wieś |
| **Nr telefonu:** | |
| **Adres e-mail:** | |

## ADRES KORESPONDENCYJNY

☐ Taki sam jak adres zamieszkania

| Nazwa pola | Wartość |
|---|---|
| **Województwo:** | |
| **Powiat:** | |
| **Gmina:** | |
| **Miejscowość:** | |

| | |
|---|---|
| **Ulica:** | |
| **Nr domu:** | |
| **Nr lokalu:** | |
| **Kod pocztowy:** | |
| **Poczta:** | |

| DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY | |
|---|---|
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Imię:** | |
| **Drugie imię:** | |
| **Nazwisko:** | |
| **PESEL:** | |
| **Data urodzenia:** | |
| **Płeć:** | ☐ mężczyzna ☐ kobieta |

| ADRES ZAMIESZKANIA | |
|---|---|
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Województwo:** | |
| **Powiat:** | |
| **Gmina:** | |
| **Miejscowość:** | |
| **Ulica:** | |
| **Nr domu:** | |
| **Nr lokalu:** | |
| **Kod pocztowy:** | |
| **Poczta:** | |
| **Nr telefonu:** | |
| **Adres e-mail:** | |
| **Rodzaj miejscowości:** | ☐ miasto<br>☐ wieś |

| STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI | |
|---|---|
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:** | ☐ tak<br>☐ nie |
| **Stopień niepełnosprawności:** | ☐ Znaczny<br>☐ Umiarkowany<br>☐ Lekki<br>☐ Nie dotyczy |
| **Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:** | ☐ bezterminowo<br>☐ okresowo – do dnia: |
| **Numer orzeczenia:** | |
| **Grupa inwalidzka:** | ☐ I grupa<br>☐ II grupa<br>☐ III grupa<br>☐ nie dotyczy |
| **Niezdolność:** | ☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji<br>☐ Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny<br>☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy<br>☐ Osoby częściowo niezdolne do pracy<br>☐ Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym<br>☐ Nie dotyczy |
| **Rodzaj niepełnosprawności:** | ☐ 01-U – upośledzenie umysłowe<br>☐ 02-P – choroby psychiczne<br>☐ 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu<br>☐ osoba głucha<br>☐ osoba głuchoniema<br>☐ 04-O – narząd wzroku<br>☐ osoba niewidoma<br>☐ osoba głuchoniewidoma<br>☐ 05-R – narząd ruchu<br>☐ wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego<br>☐ dysfunkcja obu kończyn górnych<br>☐ 06-E – epilepsja<br>☐ 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia<br>☐ 08-T – choroby układu pokarmowego<br>☐ 09-M – choroby układu moczowo-płciowego<br>☐ 10-N – choroby neurologiczne<br>☐ 11-I – inne<br>☐ 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe |

| | |
|---|---|
| **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:** | ☐ tak<br>☐ nie |
| **Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):** | ☐ 2 przyczyny<br>☐ 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:**

**w tym liczba osób niepełnosprawnych:**

## 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 dofinan-sowania | Stan rozliczenia |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

# 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:** | |
| Słownie: | |
| **co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:** | |
| **Deklarowane środki własne:** | |
| **Inne źródła finansowania:** | |
| **Cel dofinansowania i uzasadnienie:** | |

| 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?

## OŚWIADCZENIE

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.
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: .

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.

**Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Przepisy wprowadzające Kodeks karny - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam ze zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO.

Klauzula RODO

Administratorem Państwa danych osobowych jest Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie, Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa. Dane są przetwarzane w celu realizacji ustawowych zadań administratora. Szczegółowe informacje o przetwarzaniu danych osobowych, w tym o prawach przysługujących osobom fizycznym, dostępne są pod adresem: https://www.pfron.org.pl/o-funduszu/rodo-w-funduszu/

| *Miejscowość* | *Data* | *Podpis Wnioskodawcy* |
|---|---|---|
| | | |

| ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU | |
|---|---|
| **Lp.** | **Plik** |
| | |

| UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU | |
|---|---|
| **Lp.** | **Plik** |
| | |

| LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE |
|---|
| **Lista** |
| |

..... **Załącznik Nr 1**

**(pieczątka zakładu opieki zdrowotnej)** **do wniosku o dofinansowanie likwidacji barier funkcjonalnych**

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowcu Świętokrzyskim

| | |
|---|---|
| **IMIĘ I NAZWISKO** | |
| **DATA URODZENIA** | **PESEL** |
| **ADRES** | |

**Używane zaopatrzenie ortopedyczne**

.....

.....

**Określenie dysfunkcji i zakresu ograniczenia sprawności**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

..... .....

(data) (pieczątka i podpis lekarza)