

Data wpływu:
Nr wniosku:.....



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

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

Imię:.....

Drugie imię:.....

Nazwisko:.....

PESEL:.....

Data urodzenia:.....

Płeć mężczyzna kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA

Miejscowość:.....

Ulica:.....

Nr domu / Nr lokalu:.....

Kod pocztowy/Pocztą:.....

Rodzaj miejscowości: miasto wieś

Nr telefonu:.....

Adres e-mail:.....

ADRES KORESPONDENCYJNY

Taki sam jak adres zamieszkania

Inny

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Imię:.....

Drugie imię:.....

Nazwisko:.....

PESEL:.....

Data urodzenia:.....

Płeć mężczyzna kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

Miejscowość:.....

Ulica:Nr domu/ Nr lokalu:.....

Kod pocztowy/pocztą :.....

Nr telefonu:..... Adres e-mail:.....

Rodzaj miejscowości: miasto 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:
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grup <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
Rodzaj niepełnosprawności:	<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

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 nie

Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy): 2 przyczyny 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

Część B - PRZEDMIOT WNIOSKU

Nazwa pola	Wartość
Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:	
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:	
co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:	
Deklarowane środki własne:	
Inne źródła finansowania:	
Cel dofinansowania:	

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:	

Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek

.....

I. Forma Przekazania środków finansowych

Właściciel konta (imię i nazwisko):.....

Nazwa banku:.....

Nr rachunku bankowego.....

- konto wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

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

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.

Uprowadzony/uprowadzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2021r. poz. 2345 ze zm.) - 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, iż nie miałem/am zaległości w terminowym regulowaniu wymagalnych zobowiązań wobec PFRON oraz że nie byłem/am w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: RODO), zostałem poinformowany, iż: Administratorem moich danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Dąbrowie Tarnowskiej, ul. Szpitalna 1, 33-200 Dąbrowa Tarnowska. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych - iod@pcprdt.pl.

Przetwarzanie moich danych osobowych odbywać się będzie wyłącznie w celu wypełnienia ciężących na PCPR obowiązków prawnych w celu realizacji zadań statutowych PCPR [podstawa prawna Art. 6 ust. 1 lit. c) oraz Art. 9 ust. 2 lit. b) RODO], ochrony interesów publicznych oraz relatywizacji interesów prawnych [podstawa z art. 6 ust. 1 lit. e oraz lit. f RODO].

Szczegółowe informacje na temat przetwarzania danych znajdują się w klauzuli informacyjnej dla klientów PCPR dostępnej na stronie <https://bip.malopolska.pl/pcprwdtarnowskiej.m,305923,klauzula-informacyjna-dla-klientow-pcpr-i-pzon.html> w Biuletynie Informacji Publicznej oraz na tablicach ogłoszeniowych PCPR w Dąbrowie Tarnowskiej.

.....
data

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

Załączniki: 1. Kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, 2. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia. 3. Kopia pełnomocnictwa lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu) w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego. 4. Oferty cenowe (co najmniej dwóch sprzedawców) wnioskowanego sprzętu lub urządzenia (dopuszcza się ofertę internetową).

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

PESEL.....

Adres.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji*

- dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
- inna dysfunkcja narządu ruchu
- wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk
- dysfunkcja narządu wzroku
- dysfunkcja narządu słuchu i mowy
- deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)
- inne (podać jakie)

Rozpoznanie i opis choroby zasadniczej:

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

Zalecany sprzęt do dofinansowania w ramach likwidacji barier technicznych:

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

Data

.....
Podpis i pieczętka lekarza

* właściwie zaznaczyć