

.....
numer sprawy

.....
data wpływu wniosku do PCPR

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków PFRON na likwidację barier w komunikowaniu się

Uwaga: przed wypełnieniem wniosku należy zapoznać się z zasadami i procedurami dofinansowania likwidacji barier w komunikowaniu się ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

A. Dane osoby niepełnosprawnej

I. Dane osobowe

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania (z kodem pocztowym)

PESEL.....

Dowód osobisty: seria numer..... data wydania.....

wydany przez

numer telefonu/faxu

II. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik (należy wstawić X we właściwej rubryce)

1	znaczny	
	inwalida I grupy	
	osoba całkowicie niezdolna do pracy i niezdolna do samodzielnej egzystencji	
2	umiarkowany	
	inwalida II grupy	
3	lekki	
	inwalida III grupy	
	osoba częściowo niezdolna do pracy	
	osoba stale albo długotrwale niezdolna do pracy w gospodarstwie rolnym	
4	osoba niepełnosprawna poniżej 16 roku życia	

III. Rodzaj niepełnosprawności (należy wstawić X we właściwej rubryce)

dysfunkcja narządu ruchu	
dysfunkcja narządu wzroku	
dysfunkcja narządów słuchu / mowy / głosu	
schorzenie neurologiczne / epilepsja	
schorzenie układu oddechowego / krążenia / pokarmowego / moczowo - płciowego	
choroba psychiczna/ upośledzenie umysłowe	
inny, jaki?	

IV. Sytuacja społeczno - zawodowa (należy wstawić X we właściwej rubryce)

zatrudniony / prowadzący działalność gospodarczą	
rencista / emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy	
bezrobotny poszukujący pracy (niepotrzebne skreślić)	
osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się lub studiująca (niepotrzebne skreślić)	
dzieci i młodzież do lat 18, uczące się (niepotrzebne skreślić)	

V. Informacja o wcześniejszym korzystaniu ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Cel dofinansowania (nazwa zadania lub programu oraz przedmiot dofinansowania)	Nr umowy	Data przyznania dofinansowania	Przyznana kwota	Stan rozliczenia

B. Dane przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika osoby niepełnosprawnej

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania (z kodem pocztowym).....

.....

PESEL.....

Dowód osobisty: seria numer data wydania.....

wydany przez

numer telefonu/faxu (z nr. kier.)ustanowiony opiekunem / pełnomocnikiem:

- postanowieniem Sądu z dniasygn. akt

- na mocy pełnomocnictwa z dnia repertorium nr.

C. Przedmiot dofinansowania**I. Przedmiot dofinansowania**

.....

.....

II. Cel dofinansowania

.....

.....

III. Miejsce realizacji zadania

IV. Termin rozpoczęcia realizacji zadania

Przewidywany czas realizacji zadania

V. Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych na realizację zadania (do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc składania wniosku) oraz dotychczasowe źródła finansowania

.....
.....

VI. Informacja o innych źródłach finansowania zadania

.....

VII. Przewidywany koszt realizacji zadania.....

VIII. Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRONzł

słownie:zł.

co stanowi% ceny brutto.

**UWAGI: wysokość dofinansowania likwidacji barier w komunikowaniu się ze środków PFRON wynosi do 95% kosztów przedsięwzięcia, nie więcej jednak niż do wysokości piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia.
Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.**

D. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą niepełnosprawną

Ja niżej podpisany(a).....zamieszkały(a)

.....

oświadczam, że we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

Imię	Nazwisko	Wiek	Pokrewieństwo z osobą niepełnosprawną	Średni dochód miesięczny ¹
			osoba niepełnosprawna	
RAZEM				

6. Administrator może przekazać Pani/Pana dane innym odbiorcom. Odbiorcą danych mogą być podmioty uzyskujące dostęp do Pani/Pana danych na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa;
7. Administrator nie przekazuje Pani/Pana danych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych w rozumieniu RODO;
8. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, przenoszenia i usunięcia, a także prawo do ograniczenia przetwarzania danych lub do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, jeżeli nie jest to ograniczone poprzez inne przepisy prawne;
9. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (tj. *Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych*), gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
10. W oparciu o Pani/Pana dane osobowe Administrator nie będzie podejmował wobec Pani/Pana zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

Podanie przez Panią/Pana swoich danych osobowych jest dobrowolne, jednakże w przypadku nie udzielenia zgody na ich przetwarzanie nie będzie mogła/mógł Pani/Pan realizować swoich praw wynikających z trybu postępowania przy rozpatrywaniu wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier w komunikowaniu się.

Oświadczam, że zrozumiałem wszystkie informacje wyżej podane i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w treści niniejszego wniosku oraz w zakresie niezbędnych potrzeb wynikających z trybu postępowania przy rozpatrywaniu wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier w komunikowaniu się.

.....
(miejscowość, data)

.....
podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/
opiekuna prawnego/ pełnomocnika

Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub równoważnego) lub w przypadku dziecka orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu)
2. Kopie orzeczeń o stopniu niepełnosprawności (lub równoważnych) lub o niepełnosprawności osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób (oryginał do wglądu)
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie na załączonym druku – ważne 30 dni od dnia wystawienia, czytelne, w języku polskim
4. Dowód osobisty Wnioskodawcy / przedstawiciela ustawowego osoby niepełnoletniej / opiekuna prawnego / pełnomocnika - do wglądu
5. Kopia postanowienia sądu lub kopia zaświadczenia o ustanowieniu opiekunem prawnym osoby ubezwłasnowolnionej (oryginał do wglądu)
6. Kopia pełnomocnictwa w przypadku wyznaczenia pełnomocnika (oryginał do wglądu)
7. Dokumenty potwierdzające dofinansowanie zadania z innych źródeł
8. Faktura proforma lub oferta cenowa określająca cenę brutto sprzętu

Do wniosku mogą zostać dołączone również dokumenty wyżej nie wymienione, a mogące w ocenie Wnioskodawcy mieć wpływ na rozpatrzenie wniosku

OCENA I SPOSÓB ROZPATRZENIA WNIOSKU – WYPEŁNIA PCPR

OCENA WNIOSKU

1. Złożono kompletny wniosek: TAK / NIE -
braki we wniosku oraz załącznikach.....
.....
.....
data uzupełnienia braków.....
Wniosek został uzupełniony w terminie: TAK / NIE

2. Wnioskodawca korzystał w ubiegłych latach z dofinansowania likwidacji barier w komunikowaniu się
NIE / TAK -
przedmiot dofinansowania.....
.....
data wypłaty dofinansowania.....

3. Wnioskodawca ma zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych:
NIE / TAK -
jakie?.....
.....

4. Wnioskodawca był, w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy
o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie
Wnioskodawcy: NIE / TAK -
jakiej? (numer umowy, data zawarcia i strona umowy)
.....
.....

5. Wniosek spełnia wymogi formalne: TAK / NIE -
jakie?.....
.....

.....
data i podpis pracownika PCPR

SPOSÓB ROZPATRZENIA WNIOSKU

Data rozpatrzenia wniosku

Sposób rozpatrzenia wniosku.....

Wysokość przyznanego dofinansowania.....

Zakres objęty dofinansowaniem.....

.....

.....

.....

Uzasadnienie.....

.....

.....

.....

.....
data i podpis dyrektora PCPR

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
do potrzeb ubiegania się o dofinansowanie na likwidację barier w komunikowaniu się
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji

- | | |
|--|---|
| <p><input type="checkbox"/> Dysfunkcja narządu ruchu</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> porusza się na wózku inwalidzkim<input type="checkbox"/> porusza się o kulach<input type="checkbox"/> porusza się z chodzikiem<input type="checkbox"/> porusza się o lasce<input type="checkbox"/> porusza się za pomocą protezy<input type="checkbox"/> osoba stale/długotrwale leżąca<input type="checkbox"/> brak lub niedowład kończyn górnych<input type="checkbox"/> inna, jaka?..... | <p><input type="checkbox"/> Dysfunkcja narządu wzroku</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> osoba całkowicie niewidoma<input type="checkbox"/> osoba niedowidząca <p><input type="checkbox"/> Dysfunkcja słuchu – należy wypełnić punkt A na str.2</p> <p><input type="checkbox"/> Dysfunkcja mowy – należy wypełnić punkt B na str. 2</p> <p><input type="checkbox"/> inna, jaka?.....</p> |
|--|---|

Rozpoznanie choroby zasadniczej:

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

Schorzenia współistniejące

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

Uzasadnienie celowości likwidacji barier w komunikowaniu się w aspekcie indywidualnych potrzeb wynikających z niepełnosprawności

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

A. Charakterystyka dysfunkcji słuchu

- osoba głuchoniema
- osoba z wszczepionym implantem ślimakowym
- osoba wymagająca obustronnego protezowania słuchu
- osoba z całkowitą głuchotą ucha prawego / lewego i niedosłuchem ucha prawego / lewego wymagającym / niewymagającym protezowania
- osoba z jednostronnym niedosłuchem wymagającym / niewymagającym protezowania
- osoba z obustronnie / jednostronnie uszkodzonym słuchem, u której brak możliwości poprawy słyszenia za pomocą protezowania
- inna, jaka?.....
.....

B. Charakterystyka dysfunkcji mowy

- afazja
- stan po usunięciu krtani
- wady wrodzone lub uszkodzenie struktur w obrębie jamy ustnej, twarzy, szyi, jakie?
.....
- zaburzenia w funkcjonowaniu aparatu artykulacyjnego, jakie?
.....
- osoba porozumiewająca się za pomocą alternatywnych metod komunikacji, jakich?.....
.....
- inna, jaka?.....
.....

.....
miejsce i data

.....
pieczęć i podpis lekarza

INFORMACJE

O dofinansowanie na likwidację barier w komunikowaniu się ze środków PFRON osoby niepełnosprawne mogą ubiegać się, jeżeli:

- jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności
- realizacja zadania umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem

Dofinansowanie ze środków PFRON służy likwidacji istniejących barier w komunikowaniu się.

Przez **bariery w komunikowaniu się** rozumie się ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji.

Wnioskowany sprzęt powinien być funkcjonalnie przystosowany do obsługi przez osobę o określonych dysfunkcjach.