

.....
numer sprawy.....
data wpływu wniosku do PCPR**WNIOSEK****o dofinansowanie ze środków PFRON na likwidację barier technicznych**

Uwaga: przed wypełnieniem wniosku należy zapoznać się z zasadami i procedurami dofinansowania likwidacji barier technicznych 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	
	osoba stale albo długotrwale niezdolna do pracy w gospodarstwie rolnym której przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
2	umiarkowany	
	inwalida II grupy	
	osoba całkowicie niezdolna do pracy	
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/faxuustanowiony 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 technicznych 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				

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc składania wniosku, wynosi²: zł
słownie:

¹ Jest to średni miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku

² Sumę dochodów ustaloną w tabeli należy podzielić przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

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 technicznych.

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 technicznych.

.....
(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 lub usługi

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 technicznych:
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 technicznych
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 narządu słuchu</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> osoba głuchoniema<input type="checkbox"/> osoba niedosłysząca <p><input type="checkbox"/> Dysfunkcja narządu mowy</p> <p><input type="checkbox"/> inna, jaka?.....</p> |
|--|--|

Rozpoznanie choroby zasadniczej:

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

Schorzenia współistniejące

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

Uzasadnienie celowości likwidacji barier technicznych w aspekcie indywidualnych potrzeb wynikających z niepełnosprawności

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

.....
miejsowość i data

.....
pieczęćka i podpis lekarza

INFORMACJE

O dofinansowanie na likwidację barier technicznych 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 technicznych. Przez **bariery techniczne** rozumie się przeszkody wynikające z braku zastosowania odpowiedniego do rodzaju niepełnosprawności przedmiotu lub urządzenia.

Likwidacja barier technicznych ma na celu spowodowanie sprawniejszego działania osoby niepełnosprawnej (nie opiekunowi tej osoby) w społeczeństwie oraz umożliwienie jej wydajniejszego funkcjonowania w życiu codziennym. Dofinansowanie zakupu takiego sprzętu musi być ściśle związane z indywidualnymi potrzebami osoby niepełnosprawnej, wynikającymi z rodzaju niepełnosprawności.

Zgodnie z wyjaśnieniami Biura Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych zakup sprzętu AGD nie wchodzi w zakres pojęcia barier funkcjonalnych, ponieważ są to przedmioty przydatne w każdym gospodarstwie domowym, bez względu na to, czy służą osobom sprawnym, czy niepełnosprawnym.

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