Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowej Soli, ul. Staszica 1A, tel. (68) 457-43-34

Data wpływu wniosku

Nr sprawy :

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się

.....

.....

(przedmiot wniosku)

1. Dane personalne Wnioskodawcy (osoby niepełnosprawnej, której dotyczy wniosek)
(proszę wypełnić czytelnie drukowanymi literami)

DANE PERSONALNE	ADRES ZAMIESZKANIA
Imię.....	Kod pocztowy ☐☐ - ☐☐☐
Nazwisko.....	Poczta.....
Data urodzenia.....	Miejscowość.....
PESEL.....	Ulica.....
	Nr domu..... nr m.....
e-mail ……	Telefon.....

2. <u>Dane personalne osoby składającej wniosek w imieniu osoby niepełnosprawnej:</u>

(we właściwym polu należy wstawić znak x)

☐ **przedstawiciel ustawowy** (dla małoletniego Wnioskodawcy),
☐ **opiekun prawny** (dla osoby ubezwłasnowolnionej – do wniosku załączyć postanowienie sądu)
☐ **lub pełnomocnik** Wnioskodawcy (do wniosku załączyć pełnomocnictwo notarialne)

Imię i nazwisko.....

Nr PESEL.....

Miejscowość..... ulica .....

nr domu ..... nr lokalu ..... nr kodu .....-..... poczta .....

powiat ..... województwo .....

nr telefonu....., e-mail ……

3. 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.**

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi (łącznie): …….

4. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:

- termin rozpoczęcia.....
- przewidywany czas realizacji zadania.....

5. Miejsce realizacji zadania (instalacji urządzenia):

.....	.....	.....	.....
miejscowość	kod pocztowy	ulica	nr

6. Cel dofinansowania:

.....

.....

7. Uzasadnienie konieczności zakupu urządzenia z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się: (w uzasadnieniu należy opisać niepełnosprawność wnioskodawcy i ograniczenia wynikające z niepełnosprawności oraz opisać, w jaki sposób zakup wnioskowanego urządzenia umożliwi lub znacznie ułatwi wnioskodawcy wykonywanie codziennych czynności lub samodzielne funkcjonowanie).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

……

……

……

8. Koszty przedsięwzięcia i wnioskowana kwota dofinansowania:

Przewidywany całkowity koszt realizacji zadania	..... **zł**
1. Deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania	..... **%**
2. Inne źródła finansowania (np. deklarowany udział sponsora)..... zł	..... **%**
3. Procent kosztów zadania do pokrycia ze środków PFRON	..... **%**
4. Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków Funduszu:..... zł **kwota słownie: .....**	

9. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na zakup wnioskowanego urządzenia (stan na koniec miesiąca przed złożeniem wniosku):

Uwaga: Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem dofinansowania i zawarciem stosownej umowy o dofinansowanie

.....
.....

10. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON (1)

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON na likwidację barier architektonicznych, technicznych, w komunikowaniu się, zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny, pożyczki, programy celowe: PEGAZ, Komputer dla Homera, Aktywny Samorząd itp. (1)	**Tak**	☐
	Nie	☐

Nr i data zawarcia umowy	Kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON (1)	☐ TAK	☐ NIE
Kwota zaległości	.....	
Czy Wnioskodawca był stroną umowy zawartej z PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy (1)	☐ TAK	☐ NIE
Nr i data rozwiązanej umowy, przedmiot umowy, przyczyna rozwiązania	....	

(1) proszę wstawić X we właściwej rubryce

11. Forma przekazania dofinansowania :

☐ Dofinansowanie należy przekazać na konto sprzedawcy, zgodnie z nazwą banku i numerem rachunku bankowego wskazanego na dowodzie zakupu przedmiotu dofinansowania.

☐ Konto osobiste Wnioskodawcy w banku: ……..

Numer rachunku bakowego :

☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

1. Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (j.t. Dz. U. z 2019 r., poz. 1950 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

2. Zobowiązuję się bezzwłocznie zgłosić do PCPR informacje o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku.

3. Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku nie gwarantuje uzyskania dofinansowania.

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

Uwaga

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki wniosku. W przypadku, gdy w formularzu Wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ...” czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryki formularza, którego dotyczą.
Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku:

1. Kopia ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, (w przypadku dzieci do lat 16 kopii orzeczenia o niepełnosprawności).
2. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, wypełnione czytelnie i w języku polskim.
4. Oświadczenie Wnioskodawcy o posiadaniu środków na wkład własny.
5. Udokumentowaną informację o innych źródłach finansowania zadania, jeżeli takie występuje.
6. Dokumenty potwierdzające wysokość poniesionych nakładów na realizację zadania, jeżeli takie wystąpiły.
7. Ofertę cenową na wnioskowany sprzęt wystawioną przez sprzedawcę, zawierającą cenę brutto, model, nazwę producenta.

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. 119.1 z 04.05.2016) informuję, iż:
Administratorem danych osobowych jest Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Nowej Soli (67-100) przy ulicy Staszica 1A. Z administratorem można skontaktować się mailowo: pcpr@powiat-nowosolski.pl lub pisemnie na adres siedziby administratora. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować poprzez e-mail: inspektor@4consult.com.pl . *Dane przetwarzane są dla celów związanych z rozpatrzeniem wniosku o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się, na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.* *Dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych, którymi mogą być podmioty upoważnione na podstawie odpowiednich przepisów prawa. Szczegółowe informacje związane z przetwarzaniem danych osobowych zamieszczone zostały w klauzuli informacyjnej wywieszonej na tablicy ogłoszeń lub na stronie internetowej: www.pcprnowasol.pl w zakładce „Informacja RODO”.*

Załącznik nr 1 do wniosku

O Ś W I A D C Z E N I E W N I O S K O D A W C Y

o posiadaniu środków na wkład własny

(dotyczy wnioskodawców ubiegających się o dofinansowanie ze środków PFRON)

dla: **Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nowej Soli** w celu dofinansowania likwidacji barier w komunikowaniu się.

Niniejszym oświadczam, że Ja .....
(imię i nazwisko)

zamieszkały(a) w**:** ☐☐ ☐☐☐ .....
(kod pocztowy) (miejscowość)

ul. ..... nr domu ....., nr mieszkania .....

posiadam środki finansowe na wkład własny w wysokości wymaganej zasadami

realizacji zadania

....., data ..... …….....
(miejscowość**)** (podpis Wnioskodawcy*, przedstawiciela ustawowego* opiekuna prawnego*, pełnomocnika*)

Załącznik nr 2 do wniosku

..... Dnia .....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

(Załącznik do wniosku osoby ubiegającej się o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się)

(prosimy wypełnić czytelnie i w języku polskim)

1. Imię i nazwisko.....
2. PESEL …….....
3. Rodzaj niepełnosprawności (schorzenie) .....…….....……

……...…….....…

……..…

……

…….

I. Prosimy wymienić urządzenie /sprzęt, którego zakup umożliwi lub znacznie ułatwi pacjentowi kontaktowanie się z otoczeniem ……

.....

.....

.....

II. Stopień samodzielności pacjenta - NALEŻY WSKAZAĆ JEDNĄ ODPOWIEDŹ W KAŻDEJ TABELI.

Tabela 1
Zdolność zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych (spożywanie posiłków, toaleta, ubiór):

*Należy wskazać **wyłącznie** jedną odpowiedź*	**Pieczątka i podpis lekarza**
1. Wymaga całkowitej obsługi i pielęgnacji przez opiekuna (osoba całkowicie niesamodzielna)	
2. Z pomocą osoby drugiej (osoba częściowo samodzielna)	
3. Samodzielnie	

VERTE

Tabela 2
Ocena zdolności do komunikowania się z innymi:

*Należy wskazać **wyłącznie** jedną odpowiedź*	**Pieczątka i podpis lekarza**
1.Całkowity brak możliwości komunikowania się – przekazywania informacji będący następstwem dysfunkcji mowy i/lub słuchu (osoba nie mówi)	
2. Ograniczone możliwości komunikowania się – przekazywania informacji będące następstwem dysfunkcji narządu mowy i/lub słuchu (trudności z mową i słuchem)	
3. Ograniczenia w komunikowaniu się będące następstwem dysfunkcji narządu ruchu lub narządu wzroku (osoba leżąca, poruszająca się na wózku inwalidzkim, z niedowładem kończyn dolnych, niewidoma lub niedowidząca)	
4. Brak ograniczeń w komunikowaniu się – przekazywaniu informacji	

.....
pieczątka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

<u>Uwaga:</u>

Wszelkie informacje w zaświadczeniu wypełnia lekarz.
Zaświadczenia z dopiskami innych osób niż lekarz wystawiający zaświadczenie nie będą honorowane.