

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nisku
37-400 Nisko, ul. Kościuszki 7
Tel.: (15) 841 63 68

WNIOSEK
O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON
DO LIKWIDACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ

I. DANE WNIOSKODAWCY:

Nazwisko:	Imię:
PESEL:	Data urodzenia:
Adres zamieszkania:	
Seria i nr dowodu osobistego:	Wydany przez:
Nr telefonu:	

II. DANE PERSONALNE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK W IMIENIU OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ:*

- przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy)
 opiekun prawny (dla osoby ubezwłasnowolnionej)
 lub pełnomocnik Wnioskodawcy (na podstawie pisemnego pełnomocnictwa)

Nazwisko:	Imię:
PESEL:	Data urodzenia:
Adres zamieszkania:	
Seria i nr dowodu osobistego:	Wydany przez:
Nr telefonu:	
Ustanowiony opiekunem/pełnomocnikiem*	
(postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia.....sygn. akt*...../	
na mocy pisemnego pełnomocnictwa z dnia	

III. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:*

- Znaczny (całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji/ I grupa inwalidztwa)
 Umiarkowany (całkowita niezdolność do pracy / II grupa inwalidztwa)
 Lekki (częściowa niezdolność do pracy / III grupa inwalidzka)
 Orzeczenie o niepełnosprawności do 16 roku życia

Ważność dokumentu:*

- Stała Okresowa – do

IV. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:*

- Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
- Inna dysfunkcja narządu ruchu
- Dysfunkcja narządu wzroku
- Dysfunkcja narządu słuchu i mowy
- Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)
- Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia

V. INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON.

Czy Wnioskodawca w okresie ostatnich trzech lat korzystał ze środków PFRON na likwidację barier w komunikowaniu się?				Tak	<input type="checkbox"/>
				Nie	<input type="checkbox"/>
Nr i data zawarcia umowy	Cel	Przyznana kwota	Rozliczona kwota	Termin rozliczenia	

- Wnioskodawca posiada / nie posiada* wymagalne zobowiązania wobec PFRON.
 - Jeśli tak, podać rodzaj i wysokość wymagalnego zobowiązania:.....
- Wnioskodawca był/ nie był* stroną umowy zawartej z PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie wnioskodawcy.
 - Jeśli tak, podać nr i datę rozwiązanej umowy, przedmiot umowy i przyczynę jej rozwiązania

VI. PRZEDMIOT WNIOSKU (nazwa urządzenia, rodzaj usługi):

.....
.....

VII. CEL LIKWIDACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ (uzasadnienie składanego wniosku, opisać w jaki sposób zakup wnioskowanego urządzenia umożliwi lub znacznie ułatwi wnioskodawcy komunikowanie się lub/i przekazywanie informacji):

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

VIII. KOSZTY ZADANIA I WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA:

1. Przewidywany całkowity koszt realizacji zadania zł
2. Deklarowane przez wnioskodawcę środki własne (co najmniej 5% całkowitego kosztu) zł
3. Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON zł,
co stanowi% całkowitego kosztu realizacji zadania.	

IX. OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW I OSOBACH POZOSTAJĄCYCH WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM:

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Niepełnosprawność		Średni miesięczny dochód*
			Stopień	Rodzaj	
1.		WNIOSKODAWCA			
2.					
3.					
4.					
5.					
				RAZEM	

Oświadczam, że wraz ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostaje.....osób, a przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za **kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku**, wynosił:

..... zł gr

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

Zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby wewnętrzne Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nisku.

Przyjmuję do wiadomości, iż:

- Wnioski będą rozpatrywane od momentu zatwierdzenia środków finansowych przez Radę Powiatu Nizańskiego, otrzymanych wg algorytmu z PFRON.
- Dofinansowanie będzie przyznawane do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych dla powiatu nizańskiego na dany rok kalendarzowy.
- Wszelkie zmiany we wniosku jak i rezygnacje należy zgłaszać do tut. PCPR w formie pisemnej.
- **Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed zawarciem umowy ze Starostą Nizańskim.**
- Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania

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

Załączniki wymagane do wniosku:

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności Wnioskodawcy oraz innych osób niepełnosprawnych mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą (oryginały do wglądu).
2. Oświadczenie Wnioskodawcy o posiadaniu środków na wkład własny (Załącznik nr 1).
3. Aktualne zaświadczenie lekarza specjalisty, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności oraz dysfunkcji utrudniających samodzielne porozumiewanie się lub/i przekazywanie informacji (Załącznik nr 2).
4. W przypadku osób niezdolnych do złożenia podpisu na wniosku, dodatkowo pełnomocnictwo notarialne lub postanowienie Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego.
5. Inne dokumenty określone przez PCPR (np. oferta cenowa).

* właściwe zaznaczyć

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY
O POSIADANIU ŚRODKÓW NA WKŁAD WŁASNY**

Niniejszym oświadczam, iż Ja.....
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

zamieszkały(a) w przy ul.,

posiadam środki finansowe na wkład własny w wysokości wymaganej zasadami zadania.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, iż wysokość dofinansowania ze środków PFRON wynosi **do 95% kosztów uznanych przez PCPR.**

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

Zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby wewnętrzne Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nisku.

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

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

Wypełnia lekarz specjalista

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**wydane dla potrzeb ubiegania się przez osobę niepełnosprawną o dofinansowanie
 ze środków PFRON do likwidacji barier w komunikowaniu się**

(PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Nr PESEL |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

1. Rodzaj niepełnosprawności / rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....

2. Rodzaj sprzętu umożliwiającego osobie niepełnosprawnej komunikowanie się:

.....

3. Uzasadnienie celowości likwidacji barier w komunikowaniu się w aspekcie indywidualnych potrzeb
 osoby niepełnosprawnej:

.....

.....
 (pieczętka i podpis lekarza
 wystawiającego zaświadczenie)