nr wniosku PON.4503-………./…..

**WNIOSEK**

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

UWAGA!

ZAKUPU WNIOSKOWANEGO URZĄDZENIA LUB SPRZĘTU DOKONUJE SIĘ PO PODPISANIU UMOWY OBEJMUJĄCEJ PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA

**Część A – DANE WNIOSKODAWCY**

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY** | |
| **Imię:** |  |
| **Drugie imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
|  | **ADRES ZAMIESZKANIA** |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:**  **Poczta:** |  |
| **Gmina:** |  |
| **Nr telefonu: *POUCZENIE:*** *podanie niniejszych danych (nr telefonu) jest dobrowolne i stanowi wyraźne działanie wnioskodawcy potwierdzające i przyzwalające na przetwarzanie dotyczących jej danych osobowych* |  |
| **Adres e-mail: *POUCZENIE:*** *podanie niniejszych danych (adresu e-mail) jest dobrowolne i stanowi wyraźne działanie wnioskodawcy potwierdzające i przyzwalające na przetwarzanie dotyczących jej danych osobowych* |  |
|  | **ADRES KORESPONDECNYJNY** |

 Taki sam jak adres zamieszkania

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Miejscowość:** | |  | | | |
| **Ulica:** | |  | | | |
| **Nr domu:** | |  | | | |
| **Nr lokalu:** | |  | | | |
| **Kod pocztowy:**  **Poczta:** | |  | | | |
|  | | **DANE PODOPIECZNEGO/DZIECKA** | | | |
| **Imię:** | |  | | | |
| **Drugie imię:** | |  | | | |
| **Nazwisko:** | |  | | | |
| **PESEL:** | |  | | | |
| **ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO** | | | | | |
| **Miejscowość:** | |  | | | |
| **Ulica:** | |  | | | |
| **Nr domu:** | |  | | | |
| **Nr lokalu:** | |  | | | |
| **Kod pocztowy:**  **Poczta:** | |  | | | |
| **Nr telefonu:** | |  | | | |
| **STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** | | | | |
| **Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:** | | * tak * nie | | |
| **Stopień niepełnosprawności:** | | * Znaczny * Umiarkowany * Lekki * Nie dotyczy | | |
| **Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:** | |  bezterminowo  okresowo – do dnia: | | |
| **Grupa inwalidzka:** | | * I grupa * II grupa * III grupa * nie dotyczy | | |
| **Niezdolność:** | | * Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji * Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny * Osoby całkowicie niezdolne do pracy * Osoby częściowo niezdolne do pracy * Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym * Nie dotyczy | | |
| **Rodzaj niepełnosprawności:** | | * 01-U – upośledzenie umysłowe * 02-P – choroby psychiczne * 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu * osoba głucha * osoba głuchoniema * 04-O – narząd wzroku * osoba niewidoma * osoba głuchoniewidoma * 05-R – narząd ruchu * wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego * dysfunkcja obu kończyn górnych * 06-E – epilepsja * 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia * 08-T – choroby układu pokarmowego * 09-M – choroby układu moczowo-płciowego * 10-N – choroby neurologiczne * 11-I – inne * 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 | | |
| **Sytuacja zawodowa1** | | | | |
| 1. zatrudniony\*/ prowadzący działalność gospodarczą\* | | |  | |
| 2. osoba w wieku powyżej 16 roku życia, ucząca się w systemie szkolnym\* lub studiująca\* | | |  | |
| 3. bezrobotny zarejestrowany w PUP aktywnie poszukujący pracy\*/ rencista poszukujący pracy\* | | |  | |
| 4. rencista\*/ emeryt\* nie zainteresowany podjęciem pracy | | |  | |
| 5. osoba niepełnosprawna do 16 roku życia | | |  | |
| **Korzystanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych¹** | | | | |
| 1. rodzaj zadania: | | | | |
| 1.1 nie korzystałem | |  | | |
| 1.2. korzystałem | |  | | |
| a) przedmiot dofinansowania | | | | |
| b) data otrzymania dofinansowania/ numer Umowy | | | | |
| c) kwota dofinansowania [zł] | | | | |
| 2. rozliczyłem się | |  | | |
| 3. korzystałem i nie rozliczyłem się | |  | | |

|  |
| --- |
| **Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą** (w tym osoby niepełnosprawne) |

|  |  |
| --- | --- |
| Pozostali członkowie rodziny tylko **POKREWIEŃSTWO**  ( mąż, żona, syn, córka,. inne) | Dochód miesięczny  netto (zł) |
| 1. **WNIOSKODAWCA -** |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |
| 6. |  |
| 7. |  |

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:**

oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód**, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych**1**, **podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym**, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił ................................... złotych.

*¹ wstawić X we właściwej rubryce*

***²****Ustawa z dnia 28.11.2003 roku o świadczeniach rodzinnych (Dz.U.2020.111 t. j.)*

*\* niepotrzebne skreślić*

|  |
| --- |
| **Przedmiot dofinansowania i koszt** |

Przedmiot dofinansowania…………………………………………………………………………

Całkowity koszt (kwota z załączonej wyceny sprzętu) …………………………………………… zł

Wnioskowana wysokość dofinansowania (do 95%) ……………………………….........……….. zł

|  |
| --- |
| **Cel dofinansowania i miejsce realizacji zadania** |

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

|  |
| --- |
| **Uzasadnienie składanego wniosku:** |

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

|  |
| --- |
| **Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:** |

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

**Czy dotychczas zostały poniesione koszty na realizację powyższego zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek?[[1]](#footnote-1)** TAK NIE

**Jeżeli tak to proszę podać źródło finansowania i ogólną wartość poniesionych kosztów:**

………………………………………………………..……………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………………….

**Informacje o ewentualnym dofinansowaniu z innych źródeł:**

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

***FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH***

* Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

|  |  |
| --- | --- |
| **Właściciel konta**  **(imię i nazwisko, adres ):** |  |
| **Nazwa banku:** |  |
| **Nr rachunku bankowego: *POUCZENIE:*** *podanie niniejszych danych (konta bankowego) jest dobrowolne i stanowi wyraźne działanie wnioskodawcy potwierdzające i przyzwalające na przetwarzanie dotyczących jej danych osobowych* | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

* Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu

***zgoda właściciela rachunku bankowego na przetwarzanie danych osobowych\****

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, ja niżej podpisana/ny …………………………………. ……………………………………………………….…

*(imię i nazwisko osoby udzielającej zgody)*

wyrażam niniejszym dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie imienia i nazwiska, adresu oraz numeru rachunku bankowego przez Administratora w celu przekazania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych dla ……………………………………………………………….……………

*(imię i nazwisko Wnioskodawcy)*

..............................................................  
 Data i podpis osoby udzielającej zgody

**Przyjmuję do wiadomości, że:**

1. Rozpatrzeniu będą podlegały jedynie kompletne i prawidłowo wypełnione wnioski.
2. Wszelkie zmiany we wniosku oraz rezygnacje należy zgłaszać w formie pisemnej.
3. Dofinansowaniu nie podlegają przedmioty zakupione przed dniem podpisania umowy .
4. W przypadku gdy właściwa jednostka organizacyjna samorządu terytorialnego poweźmie wątpliwość odnośnie do podanych we wniosku o dofinansowanie danych, w szczególności co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, mających wpływ na przyznanie dofinansowania, wzywa wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie, nie dłuższym niż 14 dni, licząc od dnia otrzymania wezwania, wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.

**Oświadczenia:**

Zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną –art.13 ust.1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27.04.2016 r.

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie niezbędnych kontroli w ramach realizacji wniosku i umowy.

Oświadczam, że nie posiadam sprzętu (urządzeń), o który ubiegam się tym wnioskiem.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, nie byłam/ byłem stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie uzyskałem(am) dofinansowania ze środków PFRON na likwidację barier technicznych.

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy (art.233 § 1 Kodeksu Karnego „Kto składając zeznanie mające służyć jako za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności”).

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

……………………… ………………… .........................................................

(miejscowość) (data) Podpis osoby niepełnosprawnej

lub osoby uprawnionej do składania

podpisów w imieniu osoby

niepełnosprawnej.

**Do wniosku należy dołączyć:**

1. Kserokopię ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego.
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności (druk w załączeniu).
3. Kopię pełnomocnictwa lub postanowienia o ustaleniu opiekuna prawnego jeśli taki został ustanowiony.
4. Faktura pro forma lub oferta cenowa na wnioskowany przedmiot.
5. Akt urodzenia lub dokument upoważniający do pełnienia opiekinad dzieckiem w przypadku wniosku dot. niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej.
6. W przypadku pozyskania środków na realizację zadania innych niż z PFRON należy dołączyć dokumenty o tym świadczące.

*Stwierdzam kompletność wniosku wraz z załącznikami.*

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

Pieczęć i podpis pracownika PCPR

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

Data

……………………………………. ……………………………………

*( pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej ) (data )*

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**wydane dla potrzeb PCPR**

**dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się**

**z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

**(prosimy wypełnić czytelnie i w języku polskim)**

Imię i nazwisko………………………………………………………………………………………

zamieszkała (y)……………………………………………………………………………….............

PESEL ……………………………………………………………………………………………….

Rozpoznanie lekarskie i rodzaj schorzenia:

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

Wymaga zaopatrzenia w sprzęt / urządzenie (proszę wymienić jaki):

………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

Ze względu na trudności w zakresie:

………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

…………………………….

*(pieczątka i podpis lekarza)*

*Zgodnie ze stanowiskiem Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej- Biura Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych przyjmuje się, że bariery w komunikowaniu się to ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające osobie niepełnosprawnej* ***swobodne porozumiewanie się z otoczeniem i/lub przekazywanie informacji****.*

1. Właściwe zaznaczyć [↑](#footnote-ref-1)