**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Stargardzie**

**tel.** (91) 48 – 04 – 909, **fax.** (91) 48 – 04 – 901

**e – mail**: pcpr@pcprstargard.pl

# WNIOSEK o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

## Część A – DANE WNIOSKODAWCY

### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Imię:** |  |
| **Drugie imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Płeć:** | □ mężczyzna □ kobieta |

#### ADRES ZAMIESZKANIA

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Rodzaj miejscowości:** | □ miasto □ wieś |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |

#### ADRES KORESPONDENCYJNY

□ Taki sam jak adres zamieszkania

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |

### DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Imię:** |  |
| **Drugie imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Płeć:** | □ mężczyzna □ kobieta |

#### ADRES ZAMIESZKANIA

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |
| **Rodzaj miejscowości:** | □ miasto □ wieś |

### STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **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: |
| **Numer orzeczenia:** |  |
| **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 |

### KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

**Na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych ze środków finansowych PFRON:**

□ nie korzystałem

□ korzystałem

### CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cel dofinansowania | Nr umowy | Data zawarcia umowy | Kwota dofinansowania | Stan rozliczenia |
|  |  |  |  |  |

## Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

### PRZEDMIOT WNIOSKU

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:** |  |
| **Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):** |  |
| Słownie: |  |
| **Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:** |  |
| Słownie: |  |
| **co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:** |  |
| **Deklarowane środki własne:** |  |
| **Inne źródła finansowania:** |  |

### WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:** |  |
| **Miejsce realizacji zadania:** |  |
| **Termin rozpoczęcia:** |  |
| **Przewidywany czas realizacji:** |  |

### OPIS PONIESIONYCH NAKŁADÓW

Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania
do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania:

### FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

□ Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Właściciel konta (imię i nazwisko):** |  |
| **Nazwa banku:** |  |
| **Nr rachunku bankowego:** |  |

□ W kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)

□ Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

## Część C – Dane dodatkowe

### SYTUACJA ZAWODOWA

□ Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą

□ Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca

□ Bezrobotny poszukujący pracy

□ Rencista poszukujący pracy

□ Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy

□ Dzieci i młodzież do lat 18

□ Inne / jakie?

□ Opis:

### OŚWIADCZENIE

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: ……………..**

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

**Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Miejscowość* | *Data* | *Podpis Wnioskodawcy* |
|  |  |  |

**Załączniki do wniosku**:

1. Kopia aktualnego orzeczenia określającego niepełnosprawność wraz z  oryginałem do wglądu,
2. Dokumenty w zależności od potrzeb, potwierdzające zasadność dofinansowania bariery,
3. Dokumenty potwierdzające prawo występowania w imieniu osoby niepełnosprawnej (np. opiekun prawny, pełnomocnik, przedstawiciel ustawowy) – oryginał do wglądu,
4. Faktura pro – forma, kosztorys lub oferta cenowa dotycząca likwidacji barier w komunikowaniu się.

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

(pieczątka placówki)

**Zaświadczenie lekarskie**

1. **Dane osoby:**

a) Imię i nazwisko............................................................................................................................

b) Data i miejsce urodzenia.............................................................................................................

c) Miejsce zamieszkania..................................................................................................................

**2. Rodzaj niepełnosprawności spowodowany:**

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

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

**3. Osoba niepełnosprawna wymieniona w pkt 1 ma trudności w komunikowaniu się z otoczeniem, polegające na:**

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

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

**4. Trudności te mogą zostać zlikwidowane/ograniczone poprzez korzystanie z następujących urządzeń i sprzętów:**

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

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

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

**5. Posiadanie w/w urządzeń, sprzętów wymienionych w pkt 4 wpłynie na poprawę komunikowania się
z otoczeniem w następujący sposób:**

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

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

**6. Uwagi uzupełniające i zalecenia dodatkowe:**

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

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

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

 miejscowość i data pieczęć i podpis \*

\* Lekarz rodzinny/lekarz specjalista lub psycholog/pedagog/logopeda-zatrudniony w placówce oświatowej/ ośrodku dla dzieci niepełnosprawnych/ organizacji pozarządowej.