Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

ul. Dworcowa 2, 63-200 Jarocin

tel. (62) 503 37 33

www.pcprjarocin.pl

................................................... RON.5540. .2018

 Data wpływu numer kolejny wniosku

**W N I O S E K**

o dofinansowanie zakupu urządzeń (wraz z montażem) lub wykonania usług ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z zakresu likwidacji barier technicznych.

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej w jej imieniu rodzice, bądź opiekun prawny.)

|  |
| --- |
| **Dane i informacje o Wnioskodawcy** (*proszę wypełnić drukowanymi literami*) |

Nazwisko i imię oraz adres Wnioskodawcy\*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwisko | Imię |  |
| Data urodzenia | PESEL | Telefon |
| Miejscowość | Ulica, nr mieszkania i lokalu | Kod pocztowy |

I.A. Stopień niepełnosprawności.[[1]](#footnote-1)(1)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Znaczny/ |  |
|  | inwalidzi I grupy |  |
|  | osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji |  |
|  | osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny |  |
|  | osoby w wieku do 16 lat (w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat) którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny |  |
| 2 | umiarkowany |  |
|  | inwalidzi II grupy |  |
|  | osoby całkowicie niezdolne do pracy |  |
|  | inwalidzi III grupy ze względu na głuchotę i głuchoniemotę |  |
| 3 | lekki |  |
|  | pozostali inwalidzi III grupy |  |
|  | osoby częściowo niezdolne do pracy |  |
|  | osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym |  |

I.B. Rodzaj niepełnosprawności [[2]](#footnote-2)(1)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | dysfunkcja narządu ruchu : |  |
|  | - dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim |  |
|  | - dysfunkcja kończyn dolnych |  |
|  | - dysfunkcja kończyn górnych |  |
|  | - inna dysfunkcja narządu ruchu |  |
| 2 | dysfunkcja narządu wzroku |  |
| 3 | dysfunkcja narządów słuchu i mowy |  |
| 4 | deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe) |  |
| 5 | niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia |  |

II. Sytuacja zawodowa (1)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Zatrudniony[[3]](#footnote-3)\*/prowadzący działalność gospodarczą\* |  |
| 2 | osoba w wieku od lat 18 do 24 ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca\* |  |
| 1 | bezrobotny poszukujący pracy\* / rencista poszukujący pracy\* |  |
| 2 | Rencista\* / emeryt\* nie zainteresowany podjęciem pracy |  |
| 3 | dzieci i młodzież do lat 18 |  |

III. Osoby niepełnosprawne zamieszkujące z Wnioskodawcą

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko | pokrewieństwo | niepełnosprawność |
| stopień [[4]](#footnote-4)(2) | rodzaj[[5]](#footnote-5)(3) |
| 1 |  | Wnioskodawca |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |

IV. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | (1) |  [[6]](#footnote-6)(4) |
| 1. na likwidacje barier  |  |  |  |
| a) nie korzystałem |  |  |  |
| b) korzystałem |  |  |  |
| 2. korzystałem na inne cele ustawowe i rozliczyłem się |  |  |  |
| 3. korzystałem na inne cele ustawowe i jestem w trakcie rozliczania |  |  |  |
| 4. korzystałem i nie rozliczyłem się |  |  |  |

V. Informacja o ewentualnym dofinansowaniu z innych źródeł, przeznaczonym na ten sam cel ....................................................................................................................................

VI. Deklarowany udział własny Wnioskodawcy i / lub sponsora

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Deklarowany udział własny (minimum 5 %) | % |
| 2 | Deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania | % |

1. Proszę o dofinansowanie .………………………............................................................
………………………………………………………………………………………………. *(należy podać nazwę urządzenia (ewentualny montaż), rodzaj usług itp.)*

Nazwa banku i numer rachunku bankowego ………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………

VIII. Przewidywany koszt realizacji zadania .....................................................zł

Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania[[7]](#footnote-7)\*\* .....................................................zł

IX**. Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik\***

Imię (imiona) i nazwisko............................................ PESEL ...............................
tel ............................. adres: miejscowość ………….…........................... ul ….....................................
nr domu ...... nr lokalu .... kod .....-........ poczta............................., nr ustanowiony opiekunem/pełnomocnikiem\* postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. ..................... sygn. akt................................. na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dn. ......................... repet. nr....................................

**\* niepotrzebne skreślić**

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

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

**Oświadczam**, że posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w likwidacji barier (co najmniej 5% kwoty brutto przyznanego dofinansowania) .

**Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych.**

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych osobowych PCPR z siedzibą w Jarocinie, ul. Dworcowa 2 dla potrzeb związanych z realizacją wniosku.

2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą. / Podaję dane osobowe osoby nad którą sprawuję władzę rodzicielską\*/opiekuńczą nad osobą niepełnoletnią\*, dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą\*.

3. Zapoznałem/am się z treścią „Informacji o przetwarzaniu danych osobowych przez administratora”, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich sprostowania.

**Pouczenie o odpowiedzialności karnej.**

Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8. (art.233 §1kk)

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Jarocinie informuje, że wnioski rozpatrywane będą po otrzymaniu środków finansowych na dany rok kalendarzowy, aż do momentu ich wyczerpania. Przyjmowane i rozpatrywane będą tylko wnioski kompletne.

Dofinansowanie ze środków PFRON nie przysługuje, jeżeli Wnioskodawca ma zalęgłości wobec PFRON lub był w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku , stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON , rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy.

**OŚWIADCZENIE O DOCHODACH**

Ja \* niżej podpisany(a)……………………………………………………... zamieszkały(a)

/ imię i nazwisko /

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

/ adres zamieszkania /

\* w przypadku osoby niepełnoletniej wypełnia jeden z rodziców lub opiekun prawny

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych**  |
| 1. | Wnioskodawca: |  |
| Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – **poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą:** | x |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
|  | RAZEM |  |

Przeciętny miesięczny dochód na jedną osobę w rodzinie za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił……………………. zł.

W przypadku osoby samotnie gospodarującej, przeciętny m miesięczny dochód za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił…………………….. zł.

**POUCZENIE**

Przeciętny miesięczny dochód w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego
w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych(tekst jednolity: (Dz. U. z 2017 r., poz. 1952 z póżn. zm.)
to miesięczny dochód rodziny pomniejszony o podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowych, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc założenia wniosku.

………………………… .......……………………..

 data podpis Wnioskodawcy

**Załączniki do wniosku:**

1. Kopia orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie równoważne, o którym mowa w art. 1 lub w art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia
o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2016r. poz. 2046) (oryginał do wglądu).
2. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie
z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób(oryginał do wglądu).
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu **i o problemach wynikających ze schorzenia,** (czytelnie w języku polskim).
4. Ofertę cenową sprzętu / urządzenia.
5. Zgoda właściciela lokalu lub budynku, w którym ma nastąpić likwidacja barier technicznych, tylko w przypadkach jeśli zgoda jest wymagana.
6. Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym
w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.
7. Po wizji lokalnej Wnioskodawca zobowiązany jest dostarczyć dokumenty:
* szkic mieszkania,
* projekt i kosztorys, pozwolenie na budowę lub montaż (w koniecznych przypadkach).

**Uwaga!**

1. Likwidacja barier **technicznych** powinna powodować sprawniejsze działanie oraz funkcjonowanie osoby niepełnosprawnej w społeczeństwie i życiu codziennym.

**Dofinansowanie nie obejmuje kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON!**

**Adnotacje Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie.**

Sposób rozpatrzenia wniosku

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

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

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

Decyzja o przyznaniu dofinansowania

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

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

 (data i podpis)

1. (1) wstawić X we właściwej rubryce

\*w przypadku gdy osoba dorosła ubiega się o dofinansowanie dla dziecka Wnioskodawcą jest dziecko [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)
3. \* niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-3)
4. (2) Proszę wstawić odpowiednie oznaczenie cyfrowe z tabeli I.A. [↑](#footnote-ref-4)
5. (3) Proszę wstawić odpowiednie oznaczenie cyfrowe z tabeli I.B. [↑](#footnote-ref-5)
6. (4) proszę podać przedmiot, wysokość przyznanego dofinansowania (w zł) oraz rok przyznania [↑](#footnote-ref-6)
7. \*\* kwota wnioskowanego dofinansowania jest to 95% przewidywanego kosztu likwidacji barier, nie więcej jednak niż 15-krotne przeciętne wynagrodzenie. [↑](#footnote-ref-7)