

Nr akt: ON-6031-...../2020

**WNIOSEK
O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU
REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH KOSZTÓW
LIKWIDACJI BARIER**

TECHNICZNYCH **W KOMUNIKOWANIU SIĘ**

I. Dane dotyczące Wnioskodawcy:

1. Imię i nazwisko

Data urodzenia:

2. Adres zamieszkania:

miejsowość ul.nr domu/lokalu

kod - poczta

3. Numer telefonu:

4. Dowód osobisty: seria numer

wydany przez

w dniu..... ważny do.....

5. PESEL:

6. Numer konta bankowego:

Nazwa banku:

7. W przypadku, gdy osobą niepełnosprawną, której dotyczy wniosek jest dziecko w wieku do 18 lat, należy podać:

Imię i nazwisko dziecka:

Datę urodzenia dziecka:

8. Oświadczenie wnioskodawcy o wysokości dochodów i liczbie członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

Oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

Imię i Nazwisko	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Przeciętny miesięczny dochód obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (1)
Wnioskodawca	/	
pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa:		
RAZEM:		

a przeciętny miesięczny dochód na jednego członka rodziny wynosi zł.

9. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON w okresie 3 lat poprzedzających złożenie wniosku:

czy korzystał/a Pan/Pani ze środków PFRON?
jeśli tak, proszę określić:

cel dofinansowania	data i numer umowy	kwota przyznanego dofinansowania	Kwota rozliczona

II. Informacje dotyczące przedmiotu wniosku:

1. Przedmiot wniosku:

lp.	Nazwa urządzenia lub rodzaj usługi	ilość sztuk	orientacyjna cena
Łączny przewidywany koszt zakupu urządzeń:			

2. Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON zł
(słownie: zł)

[wysokość dofinansowania kosztu likwidacji barier wynosi do 80% kosztu realizacji zadania, nie więcej jednak niż do wysokości piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia.

Dofinansowanie nie obejmuje kosztów poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy ze Starostą]

3. Miejsce realizacji zadania (instalacji urządzenia/wykonania usługi):

miejscowość ul. nr domu/lokalu

4. Termin realizacji zadania:

Termin rozpoczęcia przewidywany czas realizacji zadania

5. 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 ich finansowania:

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

6. Uzasadnienie, wynikające z niepełnosprawności, potrzeby zakupu urządzenia lub wykonania usługi:

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

Oświadczam, że:

- podane informacje są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych ⁽²⁾
- o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować PCPR w ciągu 14 dni,
- nie posiadam zaległości w terminowym regulowaniu wymagalnych zobowiązań wobec PFRON,
- warunki zawartych z PFRON umów, w ciągu 3 lat przed dniem złożenia wniosku, zostały dotrzymane (jeżeli zawierane były jakies umowy),
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz.1781) ⁽³⁾

Data:
.....
(podpis Wnioskodawcy)

Załączniki:

1. kopia ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego ZUS, KIZ albo KRUS wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r. (oryginał do wglądu),
2. kopia ważnego orzeczenia o niepełnosprawności - w przypadku dzieci do lat 16 (oryginał do wglądu),
3. zaświadczenie wydane przez lekarza prowadzącego, zawierające szczegółowy opis schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności (wypełnione czytelnie w języku polskim),
4. informacja o źródłach finansowania zadania w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON (zał. nr 1 do wniosku).
5. kosztorys (faktura pro forma) wystawiony na Wnioskodawcę zawierający informację o typie sprzętu i całkowitym koszcie jego zakupu (zał. nr 2 do wniosku),

(1) **przeciętny miesięczny dochód** – dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób pozostających we

wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku

- (2) art. 233 § 1 kk **„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 do lat 3”**,
- (3) Na podstawie art.13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 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 informacji oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE ogólne rozporządzenie o ochronie danych (Dz. U. UE L 119/1 z dnia 4 maja 2016 r). zwanego dalej RODO, informuję, że Administratorem danych osobowych klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem ul. Heleny Modrzejewskiej 5, 34-500 Zakopane. Dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji ustawowych zadań urzędu. Administrator danych osobowych może je przekazać upoważnionym podmiotom na podstawie przepisów prawa. Dane nie będą przekazywane odbiorcy w państwie trzecim ani też organizacji międzynarodowej, nie będą również podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu. Klienci Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem mają prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, zrządzenia zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego. Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny, wynikający z przepisów prawa.”

**INFORMACJA WNIOSKODAWCY O ŹRÓDŁACH FINANSOWANIA
ZADANIA**

Informuję, że pozostała do zapłaty za urządzenie/wykonanie usługi kwota będzie finansowana z:

1. posiadanych przeze mnie środków własnych w wysokości zł
(słownie: zł)
2. środków uzyskanych od sponsora w wysokości zł
(słownie: zł)
3. środków uzyskanych z OPS w wysokości zł
(słownie: zł)
4. z innych źródeł: jakich? jaka kwota?.....

.....
.....

co potwierdzam* odpowiednimi dokumentami (decyzje, zaświadczenia,
pisemne informacje)

.....

(data)

.....

(podpis Wnioskodawcy)

* - dotyczy punktów 2-4

.....
(miejscowość, data)

KOSZTORYS
(prosimy wypełniać czytelnie)

Imię i nazwisko Wnioskodawcy

adres zamieszkania

Specyfikacja przedmiotu dofinansowania:

Lp.	Nazwa urządzenia	typ urządzenia	Ilość	cena jednostkowa	wartość

.....
(pieczęć i podpis sprzedawcy)

Załącznik nr 1 do formularza wniosku

.....
miejsce na pieczętkę zakładu

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA SPECJALISTY
O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb PCPR
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko

pacjenta.....

data urodzenia.....

adres zamieszkania.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

.....
.....

2. Uszkodzenie innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:

.....
.....

3. Używane zaopatrzenie ortopedyczne, sprzęt rehabilitacyjny.....

.....

4. Konieczność stosowania.....

(nazwa urządzenia)

5. Uzasadnienie potrzeby wynikającej z niepełnosprawności stosowania wskazanego
we wniosku sprzętu, w celu **likwidacji barier w komunikowaniu się**.....

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

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