

Nr sprawy

wypełnia PCPR

WNIOSEK O DOFINANSOWANIE

likwidacji barier

- architektonicznych w komunikowaniu się technicznych
dla osoby niepełnosprawnej ze środków PFRON

data wpływu wniosku

1. Dane osobowe wnioskodawcy (osoby z niepełnosprawnościami)

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL

2. Przedmiot dofinansowania

3. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

Oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód (netto)** w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wyniósł

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

4. Sposób przekazania przyznanego dofinansowania (wstawić X w odpowiednim miejscu)

- przelewem na rachunek bankowy sprzedawcy/wykonawcy usługi
 przelewem na wskazany rachunek bankowy w oświadczeniu woli wnioskodawcy/osoby upoważnionej

5. Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania

Adres miejsca realizacji zadania

Cel dofinansowania

Uzasadnienie wniosku

6. Przewidywany koszt realizacji zadania				
Ogólna wartość realizacji zadania (<i>brutto</i>)				zł
Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON (maksymalnie 85% nie więcej niż do wysokości piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia)				zł
Oświadczam, że posiadam środki własne na pokrycie udziału własnego w kosztach wnioskowanego zadania (co najmniej 15% wartości wnioskowanego zadania)				zł
Inne źródła finansowania				zł
7. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania				
Data rozpoczęcia		Data zakończenia		
8. 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				
9. Oświadczenia wnioskodawcy lub osoby upoważnionej				
Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON i w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy zawartej z PFRON i rozwiązanej z przyczyny leżącej po mojej stronie.				
Pouczony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego oświadczam, że podane we wniosku informacje są prawdziwe, o zmianach zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni od ich zaistnienia.				
Oświadczam, że <input type="checkbox"/> korzystałem(am) / <input type="checkbox"/> nie korzystałem(am)* ze środków PFRON (<i>wstawić X w odpowiednim miejscu</i>). Jeżeli TAK proszę poniższej wypełnić.				
Numer umowy	Cel (nazwa instytucji, programu i/lub zadania oraz przedmiot dofinansowania)	Data przyznania dofinansowania	Przyznana kwota	Stan rozliczenia
10. Załączniki (<i>wstawić X w odpowiednim miejscu</i>)				
<input type="checkbox"/> kopię aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności, o stopniu niepełnosprawności lub jego zamiennika (<i>oryginał do wglądu</i>) <input type="checkbox"/> zaświadczenie lekarskie (<i>druk będący załącznikiem do wniosku</i>) <input type="checkbox"/> oferta handlowa zakupu/montażu urządzeń (<i>bariery techniczne/ w komunikowaniu się</i>) <input type="checkbox"/> kosztorys opracowany zgodnie z obowiązującymi przepisami bądź oferta z wyszczególnieniem zaplanowanych prac związanych z <i>likwidacją barier architektonicznych</i> <input type="checkbox"/> udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania				

11. Informacja i podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej	
<p>Składając wniosek należy okazać dokument potwierdzający tożsamość osoby zainteresowanej, wymieniony we wniosku.</p> <p>Jeśli wniosek składa opiekun prawny lub pełnomocnik należy okazać dokument potwierdzający upoważnienie do reprezentowania wnioskodawcy.</p> <p>Informacja o przetwarzaniu danych osobowych w związku z prowadzonym postępowaniem dotyczącym dofinansowania zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze znajduje się na stronie internetowej: www.pcprsiemiatycze.pl oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Siemiatyczach.</p> <p>Kontakt do Administratora Danych Osobowych Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Siemiatyczach: 17-300 Siemiatycze, ul. Leg. Piłsudskiego 3, e-mail: kontakt@pcprsiemiatycze.pl tel. 85 730 05 07.</p> <p>Kontakt do Inspektora Ochrony Danych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Siemiatyczach: e-mail: iod@pcprsiemiatycze.pl</p>	
<p>..... <i>data wypełnienia wniosku</i></p>	<p>..... <i>czytelny podpis wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika</i></p>

8. Oświadczenie zgody	
<p>Oświadczam, że wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w związku z prowadzonym postępowaniem dotyczącym dofinansowania ze środków PFRON zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze w zakresie</p>	
Dowód osobisty	seria..... numer..... ważny do dnia
Nr telefonu	
Adres do korespondencji	
Numer rachunku bankowego, nazwa banku	
<p>Dane osobowe przedstawiciela (dotyczy osób do 18 roku życia, sądownie ubezwłasnowolnionych lub posiadających pełnomocnictwo potwierdzone przez notariusza)</p>	
Osoba reprezentująca	Przedstawiciel ustawowy <input type="checkbox"/> Opiekun prawny <input type="checkbox"/> Pełnomocnik <input type="checkbox"/>
Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
PESEL	
Dowód osobisty	seria..... numer..... ważny do dnia
<p>Ustanowiona/ny opiekunem / pełnomocnikiem</p> <p><input type="checkbox"/> Postanowieniem Sądu w z dnia sygn. akt</p> <p><input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa z dnia potwierdzonego przez</p> <p>repert. NR</p>	
<p>..... <i>data wypełnienia oświadczenia zgody</i></p>	<p>..... <i>czytelny podpis wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika</i></p>

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
DO WNIOSKU O DOFINANSOWANIE LIKWIDACJI BARIER DLA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ
ZE ŚRODKÓW PFRON

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dowodu tożsamości

Adres zamieszkania

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji*

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> padaczka |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna | <input type="checkbox"/> inne <i>jakie?</i> |
| <input type="checkbox"/> chorzenia układu krążenia | |

Konieczność wykonania likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się, technicznych*

- Nie
- Tak, *jakich* barier architektonicznych w komunikowaniu się technicznych
uzasadnienie oraz zalecany zakres likwidacji barier stosowny do potrzeb wynikających z
niepełnosprawności.....
.....
.....

Jakich przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych, bądź sprzętu rehabilitacyjnego używa osoba niepełnosprawna

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

*wstawić X w odpowiednim miejscu

.....
data wystawienia

.....
pieczęćka i podpis lekarza