

Nr sprawy

wypełnia PCPR

WNIOSEK O DOFINANSOWANIE

likwidacji barier

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

data wpływu wniosku

Wnioskodawca składa wniosek:

- we własnym imieniu jako rodzic
 jako opiekun prawny na mocy pełnomocnictwa poświadczanego notarialnie

1. Dane osobowe wnioskodawcy (osoby z niepełnosprawnością)

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Adres do korespondencji

PESEL

Numer telefonu

Adres e-mail

2. Dane osobowe osoby reprezentującej Wnioskodawcę

(dotyczy osób do 18 roku życia, sądownie ubezwłasnowolnionych lub posiadających pełnomocnictwo notarialne)

Osoba reprezentująca

Przedstawiciel ustawy

Opiekun prawny

Pełnomocnik

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL

Ustanowiona/ny opiekunem prawnym / pełnomocnikiem

Postanowieniem Sądu w z dnia sygn. akt

na mocy pełnomocnictwa z dnia potwierdzonego przez

repert. NR

3. Przedmiot dofinansowania

4. 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,

wyniósłzłotych.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

5. Sposób przekazania przyznanego dofinansowania (wstawić X w odpowiednim miejscu)	
<input type="checkbox"/> Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę	
Numer rachunku bankowego	
Nazwa banku	
Właściciel konta (imię i nazwisko)	
<input type="checkbox"/> Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi	
6. Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania	
Adres miejsca realizacji zadania	
Cel dofinansowania Uzasadnienie wniosku	
6. Przewidywany koszt realizacji zadania	
Ogólna wartość realizacji zadania (brutto)	zł
Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON (maksymalnie 85%)	zł
Oświadczam, że posiadam środki własne na pokrycie udziału własnego (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 wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w związku z prowadzonym postępowaniem dotyczącym dofinansowania ze środków PFRON w ramach likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych.

Oświadczam, że korzystałem/am nie korzystałem/am ze środków PFRON (wstawić X w odpowiednim miejscu)

Informacja o korzystaniu ze środków PFRON obejmuje dofinansowanie otrzymane na podstawie zawartych umów. Nie należy więc wykazywać pomocy uzyskanej w ramach zadania: przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Numer umowy	Cel (nazwa instytucji, programu i/lub zadania oraz przedmiot dofinansowania)	Data przyznania dofinansowania	Przyznana kwota	Stan rozliczenia

10. Załączniki (wstawić X w odpowiednim miejscu)

- kopię aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności, o stopniu niepełnosprawności lub jego zamiennika (oryginał do wglądu)
- zaświadczenie lekarskie (druk będący załącznikiem do wniosku)
- oferta handlowa zakupu/montażu urządzeń (bariery techniczne/ w komunikowaniu się)
- kosztorys opracowany zgodnie z obowiązującymi przepisami bądź oferta z wyszczególnieniem zaplanowanych prac związanych z likwidacją barier architektonicznych
- udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania

11. Informacja i podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej

Składając wniosek należy okazać dokument potwierdzający tożsamość osoby zainteresowanej, wymieniony we wniosku.

Jeśli wniosek składa opiekun prawny lub pełnomocnik należy okazać dokument potwierdzający upoważnienie do reprezentowania wnioskodawcy.

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.

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.

Kontakt do Inspektora Ochrony Danych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Siemiatyczach: e-mail: iod@pcprsiemiatycze.pl

.....
data wypełnienia wniosku

.....
czytelny podpis wnioskodawcy,
przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika

.....
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"/> choroby 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