|  |
| --- |
| Nr sprawy |

# wypełnia PCPR

|  |  |
| --- | --- |
| W N I O S E K O D O F I N A N S O W A N I E likwidacji barier□ architektonicznych □ w komunikowaniu się □ technicznychdla osoby niepełnosprawnej ze środków PFRON | *data wpływu wniosku* |

|  |
| --- |
| **Wnioskodawca składa wniosek:** □ we własnym imieniu □ jako rodzic □ jako opiekun prawny □ na mocy pełnomocnictwa poświadczonego 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 ustawowy 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,wyniósł ....................................................................złotych. Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym …………………………….., w tym liczba osób niepełnosprawnych ……….. |
| **5. Sposób przekazania przyznanego dofinansowania** *(wstawić X w odpowiednim miejscu)* |
| □ Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę |
| Numer rachunku bankowego |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nazwa banku |  |
| Właściciel konta(imię i nazwisko) |  |
| □ Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi |
| **6. Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania** |
| Adres miejsca realizacji zadania |  |
| Cel dofinansowaniaUzasadnienie 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** |
| Termin rozpoczęcia  |  | Przewidywany czas realizacji  |  |
| **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 likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych znajduje się na stronie internetowej: www.pcprsiemiatycze.pl oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Siemiatyczach.Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Siemiatyczach przy ulicy  Legionów Piłsudskiego 3.Kontakt z inspektorem ochrony danych jest możliwy poprzez adres email: **kontakt@pcprsiemiatycze.pl**  lub telefon: 85 730 05 07. |
|  …………………………………………………………………………………………*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**\*□ dysfunkcja narządu ruchu □ dysfunkcja narządu słuchu□ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim □ upośledzenie umysłowe □ dysfunkcja narządu wzroku □ padaczka□ choroba psychiczna □ inne *jakie?* □ schorzenia układu krążenia ………………………………………………………………**Konieczność wykonania likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się, technicznych**\*□ Nie**□** Tak, *jakich*  □ barier architektonicznych □ w komunikowaniu się □ technicznychuzasadnienie 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*  *pieczątka i podpis lekarza***  |