

.....
Nr sprawy/rejestru wniosków

.....
Data wpływu Wniosku

**WNIOSEK
O UDZIELENIE DOFINANSOWANIA NA LIKWIDACJĘ BARIER
TECHNICZNYCH
DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

A. Dane dotyczące Wnioskodawcy (w przypadku małoletnich /dzieci i młodzież do lat 18/ dane o dziecku wypełnia rodzic lub opiekun prawny)

Nazwisko i imię/imiona

Pesel.....

Adres zamieszkania: kod pocztowy.....miejscowość.....

ulica.....nr domunr lokalu.....nr telef.

nr rachunku bankowego.....

nazwa banku.....

B. Dane dotyczące dziecka (wpisać w przypadku, gdy osobą niepełnosprawną jest dziecko)

Nazwisko i imię/imiona

data i miejsce urodzenia.....Pesel.....

Adres zamieszkania kod pocztowy.....miejscowość.....

ulica.....nr domunr lokalu.....

I. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (wstawić X we właściwe pole)

Dysfunkcja narządów ruchu: z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim*; brak lub amputacja dłoni lub rąk*; amputacja nóg*	
Inna dysfunkcja narządów ruchu (opisać jaka)	
Dysfunkcja narządów wzroku	
Dysfunkcja narządów słuchu lub mowy	
Inna niepełnosprawność (jaka?)	

II. TRUDNOŚCI W PORUSZANIU SIĘ WNIOSKODAWCY (zaznaczyć właściwą odpowiedź)

- porusza się samodzielnie
- porusza się na wózku inwalidzkim
- porusza się przy pomocy kul
- porusza się przy pomocy innych przedmiotów ortopedycznych, tj:.....
- brak

III. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (wstawić X we właściwej rubryce)

Znaczny (inwalida I grupy)	
Umiarkowany (inwalida II grupy)	
Lekki (inwalida III grupy)	
Dziecko z orzeczoną niepełnosprawnością (do lat 16)	
Osoby o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym na podstawie orzeczenia wydanego przed 1998 r.	

IV. SYTUACJA ZAWODOWA (wstawić X we właściwej rubryce)

- zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
- młodzież w wieku 18 do 24 lat, ucząca się lub studiująca
- bezrobotny poszukujący pracy/rencista poszukujący pracy
- rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
- dziecko/młodzież do lat 18

V. Sytuacja mieszkaniowa

A. Osoba zamieszkująca samotnie*, osoba zamieszkująca z rodziną*, osoba zamieszkująca z innymi osobami nie spokrewnionymi*.

* *niepotrzebne skreślić*

B. Osoby WSPÓLNIE ZAMIESZKUJĄCE

Skład rodziny	Stopień pokrewieństwa	Stopień i symbol niepełnosprawności
1.	Wnioskodawca	
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

VI. INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON (TAK*/NIE*):

CEL DOFINANSOWANIA	NUMER UMOWY	KWOTA PRZYZNANEGO DOFINANSOWANIA	STAN ROZLICZENIA

VII. CEL DOFINANSOWANIA LIKWIDACJI BARIER TECHNICZNYCH

Wskazanie istniejących barier technicznych , **wykazanie/uzasadnienie**, że usunięcie bariery poprawi sytuację osoby niepełnosprawnej.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

VIII. WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ I ZAKUPÓW W CELU LIKWIDACJI BARIER

.....

.....

.....

IX. PRZEWIDYWANY KOSZ REALIZACJI ZADANIA (*łącznie kwota*).....zł
słownie.....
w tym deklarowany wkład własny (minimum 5% łącznej kwoty przedsięwzięcia).....zł
Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRONzł

X. DEKLAROWANY UDZIAŁ WŁASNY WNIOSKODAWCY I/LUB SPONSORA

Deklarowany przez wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania ponad obowiązkowe 5%	
Deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania	

OŚWIADCZENIE:

1. Przyjmuję do wiadomości, że administratorem zebranych danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Tczewie, ul. Wojska Polskiego 6.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych/mojego dziecka/podopiecznego w celu realizacji wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier technicznych zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018 r.poz. 1000 ze zm.).
3. Oświadczam, że znam prawo do wglądu, zmiany i żądania zaprzestania przetwarzania swoich danych.
4. Podanie danych jest dobrowolne.
5. Oświadczam, że zostałem poinformowany, że złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania oraz, że wniosek złożony w roku 2019 nie przechodzi na rok następny.
6. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się informować w ciągu 14 dni.
7. Oświadczam, że posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach zadania.

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

* niepotrzebne skreślić

Obowiązkowe załączniki do wniosku :

1. Kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. , poz. 511 ze zm.),
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób,
3. Oświadczenie o dochodach Wnioskodawcy i osób zamieszkujących wspólnie z Wnioskodawcą (Załącznik nr 1),
4. Wstępny kosztorys ofertowy
5. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, **jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu** (Załącznik nr 2)

OŚWIADCZENIE
o dochodach Wnioskodawcy oraz osób pozostających
we wspólnym gospodarstwie domowym

Niniejszym oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pod adresem zamieszkują następujące osoby:

Imię i nazwisko	Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Przeciętny miesięczny dochód obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku	Uwagi
1.Wnioskodawca:		-----		
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
Razem kwota:				

Wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, pomniejszony o należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowych i chorobowego, składki na ubezpieczenie zdrowotne, kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, **podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym**, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił zł.....gr. (netto)*.

POUCZENIE

*Wysokość dochodu należy obliczyć w następujący sposób: dodać do siebie dochód netto za kwartał (kalendarzowy) poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, następnie podzielić go przez 3, a następnie przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie.

Dochód należy wyliczyć w oparciu art. 3 pkt 1 o ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1952, ze zm.).

Nie wliczamy do dochodu: świadczeń rodzinnych wypłaconych na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, zasiłków i dodatków rodzinnych, zasiłków i dodatków pielęgnacyjnych, świadczeń lub dodatków wychowawczych („500 plus”) oraz zasiłków

porodowych wypłacanych na podst. odrębnych przepisów, dodatków mieszkaniowych i ryczałtów na zakup opału, przyznanych na podst. odrębnych przepisów o dodatkach mieszkaniowych.

Uwaga:

W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzja, na podstawie której przyznano środki finansowe PFRON, zostanie anulowana a Wnioskodawca zobowiązany zostanie do zwrotu przekazanych przez PCPR środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonania przez PCPR płatności tych środków.

Pouczenie:

Osoba składająca niniejsze oświadczenie ma prawo do wglądu do swych danych oraz do ich uzupełniania i sprostowania, a także do wniesienia pisemnego, umotywowanego żądania zaprzestania przetwarzania jej danych.

.....
Data

.....
Czytelny podpis Wnioskodawcy

(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIE

(w związku z ubieganiem się o udzielenie dofinansowania do likwidacji barier technicznych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych)

Imię i nazwisko:.....

Data urodzenia:.....

PESEL:

Adres zamieszkania:

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

2. Niepełnosprawność pacjenta dotyczy(zaznaczyć właściwe) :

- brak obu kończyn górnych
- brak jednej kończyny górnej
- brak obu kończyn dolnych
- brak jednej kończyny dolnej
- znaczny niedowład obu kończyn górnych
- znaczny niedowład obu kończyn dolnych
- jednoczesna dysfunkcja kończyny górnej i dolnej
- dysfunkcja narządu wzroku
- dysfunkcja narządu słuchu
- dysfunkcja narządu mowy
- deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)
- inne schorzenie:

3. Czy pacjent wymaga opieki osób drugich – stałej/częściowej, w jakim zakresie:

.....
.....

.....

Data

.....

Podpis i pieczęć lekarza