

Nr wniosku

.....
Data wpływu wniosku

Wniosek

O dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych

I DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY-osoby niepełnosprawnej (wypełnić czytelnie):

Imię i Nazwisko ur. lat

syn/córka (imię ojca)

Dowód osobisty: seria nr wydanym w dniu
przez

PESEL

zamieszkały/a w ulica

nr domu nr lokalu kod poczt. -poczta

powiat województwo

nr tel.

Nazwa banku i numer konta:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY, OPIEKUN PRAWNY (w przypadku małoletniego wnioskodawcy), LUB PEŁNOMOCNIK:

Imię i Nazwisko ur. lat

syn/córka (imię ojca)

Dowód osobisty: seria nr wydanym w dniu
przez

nr PESEL

miejsowość ulica

nr domu nr lokalu nr kodu - poczta

powiat województwo
 nr tel.
 ustanowiony opiekunem/pełnomocnikiem*
 (postanowieniem Sądu Rejonowego w z dn.
 sygn. akt* /na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza
 z dn. repet. nr*).

II. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:*

1. znaczny: - inwalidzi I grupy, - osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji, - osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny;	<input type="checkbox"/>
2. umiarkowany: - inwalidzi II grupy, - osoby całkowicie niezdolne do pracy;	<input type="checkbox"/>
3. lekki: - pozostali inwalidzi III grupy, - osoby częściowo niezdolne do pracy, - osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym;	<input type="checkbox"/>
4. osoby w wieku do lat 16 z aktualnym orzeczeniem o niepełnosprawności.	<input type="checkbox"/>
Orzeczenie o niepełnosprawności ważne do	<input type="checkbox"/>

III. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:*

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim,	<input type="checkbox"/>
2. inna dysfunkcja narządu ruchu,,	<input type="checkbox"/>
3. dysfunkcja narządu wzroku,	<input type="checkbox"/>
4. dysfunkcja narządów słuchu i mowy,	<input type="checkbox"/>
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe),	<input type="checkbox"/>
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia.	<input type="checkbox"/>

IV. SYTUACJA ZAWODOWA:*

1. zatrudniony / prowadzący działalność gospodarczą	<input type="checkbox"/>
2. rencista /emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy	<input type="checkbox"/>
3. bezrobotny/ poszukujący pracy / rencista poszukujący pracy	<input type="checkbox"/>
4. dzieci i młodzież do lat 18	<input type="checkbox"/>

* niewłaściwe skreślić

* proszę wstawić znak X w odpowiedniej kratce / niewłaściwe skreślić,

V. OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam że :

- 1) **przeciętny miesięczny dochód¹**, w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

obliczony za miesiąc poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił zł

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

¹ Dochód, w rozumieniu ustawy o świadczeniach rodzinnych z dnia 28 listopada 2003 r. (Dz. U. z 2016 r. poz. 1518 z późn. zm.), pomniejszony o koszty uzyskania przychodu, należy podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenie społeczne nie zaliczone do kosztów uzyskania przychodu, składki zdrowotne oraz o kwotę świadczonych alimentów i powiększony o dochody z działalności gospodarczej, dochody z gospodarstwa rolnego oraz inne dochody nieopodatkowane wymienione w niniejszej ustawie.

VI. INFORMACJE O KWOTACH PRYZNANYCH ZE ŚRODKÓW PFRON W OKRESIE 3 LAT PRZED ROKIEM ZŁOŻENIA WNIOSKU

Nr umowy	Data przyznania dofinansowania	Cel dofinansowania	Kwota przyznanego dofinansowania	Stan rozliczenia (data i kwota rozliczenia)

VII. INFORMACJE O PRZEDMIOCIE WNIOSKU (wypełnić czytelnie):

A. Przedmiot dofinansowania (nazwa urządzenia):

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

B. Miejsce realizacji zadania

.....

C. Cel dofinansowania (należy uzasadnić czy i w jaki sposób realizacja wniosku umożliwi lub ułatwi wykonywanie podstawowych, codziennych czynności).

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

VIII. INFORMACJE O KOSZTACH REALIZACJI WNIOSKU

A. Przewidywany koszt realizacji zadania: zł

(słownie złotych :
.....

B. Wnioskowana kwota dofinansowania:zł

(słownie złotych :
.....

co stanowi % kosztu realizacji zadania. (Maksymalnie 95 % kosztów realizacji zadania).

UWAGA : Kwota dofinansowania może być zmniejszona i wynosić 60%, 70% oraz 80% kosztów realizacji zadania.

C. Deklarowany udział własny: zł. (słownie złotych :.....

.....
co stanowi % kosztu realizacji zadania (Minimum 5 % kosztów realizacji zadania).

UWAGA : Kwota udziału własnego może zostać zwiększona i i wynosić 20%, 30% oraz 40% kosztów realizacji zadania.

D. Termin rozpoczęcia realizacji zadania (miesiąc/kwartał):

E. Przewidywany czas realizacji zadania (w miesiącach)

F. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania:
.....

IX. Upředzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks Karny (Dz. U. nr 88, poz. 553) oświadczam, że :

1. Nie posiadam zaległości wobec Funduszu oraz nie byłem/am stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

2. W latach ubiegłych uzyskałem / nie uzyskałem dofinansowania ze środków PFRON na wnioskowany sprzęt.. Jeśli tak to kiedy

3. Posiadam środki własne w wysokości nieobjętej wnioskowanym dofinansowaniem ze środków PFRON (min. 5 %).

4. Oświadczam, iż zostałem/em poinformowana/y, że dofinansowanie ze środków PFRON nie obejmuje kosztów prac związanych z realizacją zadania poniesionych przez przyznaniem środków i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.

5. Oświadczam, iż zostałem poinformowana/y, że złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania dofinansowania.

6. Dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

7. O zaistniałych zmianach po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.

Prawdziwość powyższych oświadczeń tj. nr 1),2),3),4),5),6),7), potwierdzam własnoręcznym podpisem

.....
podpis Wnioskodawcy*
przedstawiciela ustawowego* opiekuna prawnego * pełnomocnika

W przypadku gdy Wnioskodawca nie składa wniosku osobiście, należy przedstawić pisemne oświadczenie Wnioskodawcy, że upoważnia osobę składającą wniosek do występowania w jego imieniu.

..... (miejscowość)20.. (data)
Oświadczenie	
..... (Imię i Nazwisko)	
..... (adres zamieszkania)	
Upoważniam p., legitymującą/ego się dowodem osobistym seria numer, do złożenia w moim imieniu wniosku dotyczącego dofinansowania likwidacji barier technicznych wraz z wymaganymi załącznikami oraz do zasięgnięcia informacji w w/w sprawie.	
..... (podpis)	

ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU:

1. Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, grupie inwalidzkiej, częściowej lub całkowitej niezdolności do pracy, niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanym przed 01 stycznia 1998 roku (dot. osób powyżej 16 roku życia) – **oryginał do wglądu.**
2. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności (dot. osób poniżej 16 roku życia) – **oryginał do wglądu.**
3. Kopia orzeczenia osoby wspólnie zamieszkującej – **oryginał do wglądu.**
4. Aktualne zaświadczenie lekarskie o rodzaju niepełnosprawności (druk w załączeniu).
5. Co najmniej dwie oferty cenowa sprzętu, oprzyrządowania wystawione przez sprzedawcę.
6. Zaświadczenie o kontynuowaniu nauki(o ile dotyczy).
7. Kopia aktu urodzenia dziecka- w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej
8. Kopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym. Pełnomocnictwo notarialne.

PCPR w Łukowie informuje, że złożenie kompletnego wniosku (wraz z wymaganymi załącznikami i kserokopiami) jest obowiązkiem Wnioskodawcy. Wnioski niekompletne, nieuzupełnione w terminie pozostają bez rozpatrzenia.

PCPR w Łukowie nie kseruje dokumentów niezbędnych do wniosku.

Wniosek opracowano na podstawie Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dn. 25 czerwca 2002r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON. (Dz. U. 2015, poz. 926 z póź. zm.)

Proszę wypełnić w języku polskim
Zaświadczenie lekarskie o rodzaju niepełnosprawności
Dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

Rozpoznanie (w języku polskim).....

.....

.....

.....

Niepełnosprawność dotyczy narządu/układu.....

Sprawność danego narządu/układu sprawia trudności w stopniu:

znacznym

umiarkowanym

lekkim

Sprawność

kończyn górnych:

pełna

częściowo ograniczona

całkowicie niesprawne

kończyn dolnych:

pełna

częściowo ograniczona

całkowicie niesprawne

Osoba porusza się:

samodzielnie

z częściową pomocą

wyłącznie z pomocą

na wózku inwalidzkim

jest osobą leżącą

Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze:

.....

.....

.....

Informacje uzupełniające (rokowania):.....

.....

.....

Osoba wymaga likwidacji barier technicznych*

tak

nie

.....

data

.....

pieczęć i podpis lekarza

* Bariery techniczne są to bariery utrudniające lub uniemożliwiające osobie niepełnosprawnej funkcjonowanie społeczne. Likwidacja tej bariery powinna spowodować sprawniejsze działanie tej osoby w społeczeństwie i umożliwić jej funkcjonowanie w życiu codziennym

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (dalej Rozporządzenie) informujemy, że:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Łukowie ul. Broniewskiego 20/26, 21-400 Łuków;
- została wyznaczona osoba odpowiedzialna za ochronę danych osobowych, tj. inspektor ochrony danych, z którym można się skontaktować pod adresem e-mail: iodpcpr@wp.pl lub pisemnie, przesyłając korespondencję na adres: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Broniewskiego 20/26, 21-400 Łuków;
- podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne w celu uzyskania dofinansowania na podstawie przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
- odbiorcami danych osobowych mogą być osoby lub podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa, które regulują cel przetwarzania;
- dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji wskazanego powyżej celu i przechowywane przez okres wymagany przepisami prawa o archiwizacji, zgodny z kategorią archiwalną, wynikającą z jednolitego rzeczowego wykazu akt;
- w związku z przetwarzaniem przez Administratora danych osobowych przysługuje Pani/Panu:
 - a) prawo dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 Rozporządzenia;
 - b) prawo do sprostowania danych, na podstawie art. 16 Rozporządzenia;
 - c) prawo do usunięcia danych, na podstawie art. 17 Rozporządzenia;
 - d) prawo do ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 Rozporządzenia;
 - e) prawo do przenoszenia danych, na podstawie art. 20 Rozporządzenia;
 - f) prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, na podstawie art. 21 Rozporządzenia;

(Uwaga: realizacja powyższych praw musi być zgodna z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie danych oraz z zasadami wynikającymi z kodeksu postępowania administracyjnego czy archiwizacji);

- w przypadku, w którym przetwarzanie Pani/Pana danych odbywa się na podstawie zgody (tj. art. 6 ust. 1 lit. a lub art. 9 ust. 2 lit. a Rozporządzenia), przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia jej w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
- ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy Rozporządzenia;
- nie będzie stosowane zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 Rozporządzenia.

Zapoznałam/em się

(data podpis)