

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji **barier w komunikowaniu się**

1. Dane dotyczące Wnioskodawcy (osoby niepełnosprawnej, której wniosek dotyczy)

Nazwisko..... Imię PESEL
Dowód osobisty serianr wydany w dniur. przezważny dor.
Adres zamieszkania osoby niepełnosprawnej:
Miejscowość..... Kod pocztowy Ulica
Nr telefonu kontaktowego
Numer rachunku bankowego.....
Nazwa banku

2. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego) / opiekuna prawnego / pełnomocnika

<input type="checkbox"/> nie dotyczy, <input type="checkbox"/> przedstawiciel ustawowy, <input type="checkbox"/> opiekun prawny, <input type="checkbox"/> pełnomocnik *
Nazwisko..... Imię PESEL
Dowód osobisty serianr wydany w dniur. przezważny dor.
Adres zamieszkania:
Miejscowość..... Kod pocztowy Ulica
Nr telefonu kontaktowego
Numer rachunku bankowego.....
Nazwa banku

* właściwe zaznaczyć

3. Stan prawny dotyczący niepełnosprawności*

<input type="checkbox"/> stopień znaczny	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka	<input type="checkbox"/> stała albo długotrwała niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym wydana przed dniem 1 stycznia 1998r. (dla osób, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny)
--	---	---	---

<input type="checkbox"/> stopień umiarkowany	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka	-
<input type="checkbox"/> stopień lekki	<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka	<input type="checkbox"/> stała albo długotrwała niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym wydana przed dniem 1 stycznia 1998r.
<input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności (dla dzieci do 16 roku życia)			

* właściwe zaznaczyć

4. Rodzaj niepełnosprawności*

<input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu, w zakresie:	<input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych	<input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej
	<input type="checkbox"/> obu kończyn górnych	<input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej
	<input type="checkbox"/> innym (wymienić).....	
Wnioskodawca (osoba niepełnosprawna) porusza się:	za pomocą: <input type="checkbox"/> wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> kuli/kul łokciowych	
	<input type="checkbox"/> balkonika/podpórki <input type="checkbox"/> inne (wymienić).....	
<input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku w zakresie:	<input type="checkbox"/> samodzielnie <input type="checkbox"/> osoba leżąca	
	<input type="checkbox"/> osoba niewidoma	
	<input type="checkbox"/> osoba niedowidząca	
<input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu, mowy w zakresie:	<input type="checkbox"/> innym (wymienić).....	
	<input type="checkbox"/> osoba głuchoniema	
	<input type="checkbox"/> osoba niedosłysząca	
<input type="checkbox"/> innym (wymienić).....		
Inny rodzaj niepełnosprawności*		
<input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe (01-U)	<input type="checkbox"/> choroby psychiczne (02-P)	<input type="checkbox"/> epilepsja (06-E)
<input type="checkbox"/> choroby układu oddechowego i krążenia (07-S)		<input type="checkbox"/> choroby układu pokarmowego (08-T)
<input type="checkbox"/> choroby układu moczowo-płciowego (09-M)	<input type="checkbox"/> inne (11-I)	<input type="checkbox"/> całościowe zaburzenia rozwojowe (12-C)

* właściwe zaznaczyć

5. Sytuacja zawodowa

<input type="checkbox"/> dzieci i młodzież do 18 roku życia	<input type="checkbox"/> osoba w wieku od 18 do 24 roku życia ucząca się
<input type="checkbox"/> zatrudniona/-y	<input type="checkbox"/> prowadząca/-y działalność gospodarczą
<input type="checkbox"/> bezrobotna/-y	<input type="checkbox"/> emeryt <input type="checkbox"/> rencista <input type="checkbox"/> inne

6. Informacja o realizacji przez Wnioskodawcę zobowiązań wobec PFRON

Czy Wnioskodawca ma zaległości wobec PFRON* <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Jeżeli tak to proszę podać rodzaj i wysokość zaległościzł
	Czy Wnioskodawca był w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązywanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy* <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

* właściwe zaznaczyć

11. Miejsce i termin realizacji zadania

Miejsce realizacji zadania (dokładny adres)	
Termin rozpoczęcia zadania (nie wcześniej niż II kwartał danego roku)	Przewidywalny czas realizacji zadania (nie dłużej niż do 30 listopada danego roku)

12. Informacja ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych na realizację zadania i innych źródłach finansowania zadania

Czy Wnioskodawca poniósł dotychczas nakłady na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek? [] tak [] nie	
Jeżeli „Tak” to proszę podać: - ogólną wartość poniesionych nakładów:zł - dotychczasowe źródła finansowania:	
Informacja o innych źródłach finansowania zadania – (należy udokumentować jeżeli występują inne źródła finansowania zadania, jeżeli brak to wpisać „nie dotyczy”)	

Uwaga

1. Złożenie wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier w komunikowaniu się nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.
2. Podstawę dofinansowania zadań ze środków Funduszu stanowi umowa.
3. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.
4. Dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się nie przysługuje osobom niepełnosprawnym, które w ciągu trzech lat przed dniem złożenia wniosku uzyskały odpowiednio na te cele dofinansowanie ze środków Funduszu.
5. We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „nie dotyczy”.

1. Świadoma/-y odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 §1 i §2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. kodeks karny (Dz.U. z 1997r. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.)* oświadczam, że dane umieszczone we wniosku oraz załącznikach są zgodne z prawdą.

2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych osoby pozostającej pod moją opieką zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r Nr 101, poz. 926, z późn. zm.) - dla potrzeb rozpatrywania wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się.

3. Zostałem/-em poinformowana/-y, iż zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. *kodeks cywilny* (j.t. Dz.U. z 2014r. poz. 121 z późn. zm.) miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.

4. Zobowiązuję się do pisemnego poinformowania Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nakle nad Notecią o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku w terminie 14 dni od zmiany.

.....
data i podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/
opiekuna prawnego/pełnomocnika

*Art.233 Kodeksu Karnego:

§ 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

Dokumenty wymagane do wniosku

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji
Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się

UWAGA Należy przedłożyć oryginały wymaganych dokumentów (do wglądu) lub prawidłowo uwierzytelnione przez organ uprawniony kopie dokumentów.

Lp.	Do wniosku należy dołączyć:	Wypełnia pracownik PCPR		
		Załączono do wniosku	Uzupełniono	uwagi
1.	Aktualne orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności lub całkowitej niezdolności do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji lub całkowitej niezdolności do pracy lub częściowej niezdolności do pracy lub grupie inwalidzkiej lub stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanej przed dniem 1 stycznia 1998r.	Tak [] Nie[]	Tak [] Nie[]	
2.	Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym – załącznik nr 1 do wniosku	Tak [] Nie[]	Tak [] Nie[]	
3.	Aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane przez lekarza specjalistę – załącznik nr 2 do wniosku	Tak [] Nie[]	Tak [] Nie[]	
4.	Kalkulacja kosztów związanych z realizacją zadania - załącznik nr 3 do wniosku	Tak [] Nie[]	Tak [] Nie[]	
5.	Oświadczenie wnioskodawcy - załącznik nr 4 do wniosku	Tak [] Nie[]	Tak [] Nie[]	
6.	Akt urodzenia dziecka - w przypadku gdy wniosek dotyczy niepełnoletniej osoby*	Tak [] Nie[]	Tak [] Nie[]	
7.	Aktualne orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności lub całkowitej niezdolności do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji lub całkowitej niezdolności do pracy lub częściowej niezdolności do pracy lub grupie inwalidzkiej lub stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanej przed dniem 1 stycznia 1998r. <u>osób mieszkających wspólnie z wnioskodawcą*</u>	Tak [] Nie[]	Tak [] Nie[]	
8.	Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania*	Tak [] Nie[]	Tak [] Nie[]	

* jeżeli dotyczy

.....
data i podpis pracownika PCPR w Nakle nad Notecią

Oświadczenie Wnioskodawcy o wysokości dochodów i liczbie członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym
(wraz z wnioskodawcą)

Lp	Stopień pokrewieństwa/powinowactwa wobec Wnioskodawcy (np. syn, córka, żona itp.)	Stopień niepełnosprawności (jeżeli istnieje)	Przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
Razem			zł
Liczba osób tworzących wspólne gospodarstwo domowe wraz z Wnioskodawcą			
Przeciętny miesięczny dochód na jednego członka rodziny			zł

Świadoma/-y odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 §1 i §2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. *kodeks karny* (Dz.U. z 1997r. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.)* oświadczam, że powyższe dane zawarte w niniejszym załączniku do wniosku są zgodne z prawdą.

.....
data i podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/
opiekuna prawnego/pełnomocnika

*Art.233 Kodeksu Karnego:

§ 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

.....
oznaczenie zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nakle nad Notecią

UWAGA Zaświadczenie wypełnia **lekarz specjalista** w związku z rodzajem niepełnosprawności osoby,
której wniosek dotyczy

Należy wypełnić wszystkie punkty czytelnie w języku polskim.

Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

.....

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność osoby dotyczy:

a) dysfunkcji narządu ruchu:

- dysfunkcja obu kończyn górnych [] tak [] nie

- dysfunkcja jednej kończyny górnej [] tak [] nie

- dysfunkcja obu kończyn dolnych [] tak [] nie

- dysfunkcja jednej kończyny dolnej [] tak [] nie

- brak obu kończyn górnych [] tak [] nie

- brak jednej kończyny górnej [] tak [] nie

- brak obu kończyn dolnych [] tak [] nie

- brak jednej kończyny dolnej [] tak [] nie

- inne (wymienić).....

.....

.....

b) dysfunkcji narządu wzroku:

- osoba niewidoma [] tak [] nie

- osoba niedowidząca [] tak [] nie

- inne (wymienić).....

.....

.....

c) dysfunkcji narządu słuchu i mowy:

- osoba głuchoniema [] tak [] nie

- osoba niedosłyszająca [] tak [] nie

- inne (wymienić).....

.....

.....

d) innej dysfunkcji (wymienić)

.....

.....

.....

3. Osoba niepełnosprawna porusza się:

a) samodzielnie: [] tak [] nie

b) za pomocą/przy pomocy:

- wózka inwalidzkiego: [] tak [] nie

- kuli/kul łokciowych: [] tak [] nie

- balkonika/podpórki: [] tak [] nie

- inne (wymienić).....

.....

.....

c) osoba leżąca: [] tak [] nie

4. Czy osoba niepełnosprawna jest zaopatrzona w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, sprzęt rehabilitacyjny?

[] tak [] nie

Jeżeli **tak** to wymienić:

.....

ewentualne potrzeby w tym zakresie

.....

.....

.....

data

.....

pieczętka i podpis lekarza

Kalkulacja kosztów związanych z realizacją zadania

Lp.	Przedmiot dofinansowania	Ilość	Cena jednostkowa	Wartość brutto (ilość X cena jednostkowa)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
RAZEM			 zł

.....
 data i podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/
 opiekuna prawnego/pełnomocnika

Oświadczenie Wnioskodawcy

Ja niżej podpisana/-y legitymująca/-y się

(imię i nazwisko)

dowodem osobistym nr wydanym przez,
PESEL świadoma/-y odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 §1 i §2
ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. *kodeks karny* (Dz.U. z 1997r. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.)*

oświadczam, iż

1) moim miejscem zamieszkania zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. *kodeks cywilny*
(j.t. Dz.U. z 2014r. poz. 121 z późn. zm.)** jest:

.....

(dokładny adres)

.....

data i podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/
opiekuna prawnego/pełnomocnika

* Art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. *kodeks karny*:

§ 1. „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.”

§ 2. „Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.”

** Art. 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. *kodeks cywilny* „Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.”