

Data wpływu wniosku.....

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
w Żarach

Nr kolejny wniosku: **PCR III 8215/K/...../.....**

ul. Artylerzystów 6,
tel. (068) 363-06-80

WNIOSEK

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
likwidacji barier w komunikowaniu* się lub technicznych* (właściwe zaznacz)**

.....
(nazwa zadania)

1. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY (osoby niepełnosprawnej, której dotyczy wniosek)

DANE PERSONALNE	ADRES ZAMIESZKANIA
Imię	Kod pocztowy: _____ - _____
Nazwisko.....	Poczta.....
Data urodzenia.....	Miejscowość.....
NIP.....	Ulica.....
PESEL.....	Nr domu.....nr mieszkania.....
Seria i nr dowodu osobistego.....	Telefon.....
wydany przez.....

2. DANE PERSONALNE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK W IMIENIU OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ:

- przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy)
- opiekun prawny (dla osoby ubezwłasnowolnionej)
- lub pełnomocnik Wnioskodawcy (na podstawie pisemnego pełnomocnictwa)

Imię i nazwisko.....
Dowód osobisty: seria.....nr.....wydany przez.....

Nr PESEL.....nr NIP.....
Miejscowość.....ulica.....nr domu.....nr lokalu.....
kod.....-.....poczta.....województwo.....
nr telefonu.....

Ustanowiony opiekunem/pełnomocnikiem*.....
(postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia.....sygn. akt*/na mocy pisemnego
pełnomocnictwa z dnia)

3. Rodzaj niepełnosprawności (właściwe zaznaczyć wstawiając X we właściwej rubryce)

1. dysfunkcja narządu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim: wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządu słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

Czy Wnioskodawca korzysta?:	
a) z przedmiotów ortopedycznych (wymienić jakich).....	
b) ze sprzętu rehabilitacyjnego (wymienić jakiego).....	

4. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON.

Czy Wnioskodawca w okresie ostatnich trzech lat korzystał ze środków PFRON na likwidację barier w komunikowaniu się lub technicznych?					tak	_____
					nie	_____
Nr i data zawarcia umowy	Przyznana kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	Źródło: PFRON samorząd: PCPR Starostwo Powiatowe	

Posiadam/nie posiadam* wymagalne zobowiązania wobec PFRON.

Jeśli tak, podać rodzaj i wysokość wymagalnego zobowiązania.....

5. Przedmiot wniosku, cel dofinansowania (należy podać nazwę urządzenia, rodzaj usługi):

.....

6. Miejsce realizacji zadania (instalacji urządzenia, wykonania usługi).....

.....

7. Termin realizacji zadania.....

8. Uzasadnienie konieczności zakupu urządzenia z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się lub technicznych:

(w uzasadnieniu należy opisać niepełnosprawność wnioskodawcy i ograniczenia wynikające z niepełnosprawności oraz opisać w jaki sposób zakup wnioskowanego urządzenia umożliwi lub znacznie ułatwi wnioskodawcy kontaktowanie się z otoczeniem lub wykonywanie codziennych czynności lub samodzielne funkcjonowanie)

.....

9. Koszty przedsięwzięcia i wnioskowana kwota dofinansowania:

1. Przewidywany całkowity koszt realizacji zadania	zł.....
2. Deklarowany przez wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania%

3. Inne źródła finansowania (np. udział sponsora)%
4. Procent kosztów zadania do pokrycia ze środków PFRON (nie więcej niż 80%)%
Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:zł słownie złotych:.....	

10. Informacja o osobach zamieszkujących z Wnioskodawcą (w tym osoby niepełnosprawne)

Imię i nazwisko- pokrewieństwo	Niepełnosprawność		Rodzaj źródła utrzymania	dochód miesięczny netto
	Stopień	Rodzaj		
1. <i>wnioskodawca</i>				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

11. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

Oświadczam, że wraz ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostaje.....osób, a **przeciętny miesięczny dochód** we wspólnym gospodarstwie domowym **przypadający na jednego członka rodziny**, obliczony za rok podatkowy poprzedzający rok, w którym składany jest wniosek wyniósł:.....
słownie.....

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

Wnioskodawca zobowiązany jest na żądanie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie dostarczyć dowody potwierdzające wysokość uzyskiwanych dochodów.

Uwaga!

W przypadku podania informacji niezgodnych ze stanem rzeczywistym wniosek zostanie przekazany do archiwum bez rozpatrzenia.

Załączniki wymagane do wniosku:

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności Wnioskodawcy i innych osób niepełnosprawnych mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą;
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie stanowiące załącznik do wniosku, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, uzasadniające posiadanie sprzętu rehabilitacyjnego oraz potrzebę prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu wystawione przez lekarza specjalistę.
3. Oświadczenie Wnioskodawcy o posiadaniu środków na wkład własny.
4. Oświadczenie o dochodach wszystkich osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.
5. Zaświadczenie o pobieraniu nauki ze szkoły lub uczelni w przypadku osób uczących się.

6. W przypadku wniosku o zakup komputera osoba niepełnosprawna przedstawia zaświadczenie, w którym lekarz specjalista szczegółowo określa jakiego rodzaju problemy w komunikowaniu się ma Wnioskodawca , w jaki sposób komputer zlikwiduje te bariery. Rodzice dzieci niepełnosprawnych przedstawiają stosowną informację z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej.
7. Inne dokumenty określone przez PCPR.

Adnotacje przyjmującego wniosek:

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

Ocena zasadności wniosku:

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

.....
(data i podpis)

Opinia oraz decyzja Komisji ds. Opiniowania wniosków o przyznaniu dofinansowania do likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych.

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

.....
(data)

.....
.....
.....
(podpisy członków Komisji)

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

o posiadaniu środków na wkład własny

(dotyczy osób ubiegających się o dofinansowanie ze środków PFRON)

dla: Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Żarach

w celu dofinansowania likwidacji **barier w komunikowaniu się lub technicznych.**

Niniejszym oświadczam, że Ja.....
(imię i nazwisko)

zamieszkał(a) w : _____ - _____.....
(kod pocztowy)

ul.nr domu.....nr mieszkania.....

posiadam środki finansowe na wkład własny w wysokości wymaganej zasadami zadania.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że wysokość dofinansowania za środków PFRON wynosi **do 80 % kosztów uznanych przez PCPR.**

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 223 KK) oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych w bazie PCPR dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. Nr 133, poz. 883).

.....data.....

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

.....
(Stempel zakładu opieki zdrowotnej)

.....
(miejsowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Żarach

(prosimy wypełnić czytelnie i w języku polskim)

1. Imię i nazwisko pacjenta.....
2. Adres zamieszkania.....
3. Data urodzenia.....
4. Rodzaj niepełnosprawności.....
.....
5. Czy zakup urządzenia / sprzętu (wymienić).....
.....umozliwi lub znacznie ułatwi pacjentowi wykonywanie podstawowych,
codziennych czynności lub samodzielną egzystencję lub kontaktowanie się z otoczeniem.....
.....
.....
6. Inne uwagi.....
.....
.....

.....
(pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie)

