

Wniosek przyjęto w PCPR w Nysie
w dniu.....

WNIOSEK

o dofinansowanie likwidacji barier funkcjonalnych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej ze środków PFRON

- likwidacja barier architektonicznych
 likwidacja barier technicznych
 likwidacja barier w komunikowaniu się

1. Wniosek dotyczy:

niepełnosprawnej osoby dorosłej niepełnosprawnego dziecka

2. Wnioskodawca:

Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej.....
 Numer i seria dowodu osobistego.....wydany w dniu.....
 przez.....
 nr PESEL.....NIP.....
 miejscowość.....ulica.....nr domu.....nr lokalu.....
 kod pocztowy i poczta.....telefon.....powiat.....

3. Informacje o wnioskodawcy:

1. znaczny stopień niepełnosprawności	
a) inwalidzi I grupy	
b) osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
c) osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	
d) osoby w wieku do lat 16 (w przypadku pobierania nauki w szkole do lat 24), które posiadają orzeczenie o niepełnosprawności	
2. umiarkowany stopień niepełnosprawności	
a) inwalidzi II grupy	
b) osoby całkowicie niezdolne do pracy	
3. lekki stopień niepełnosprawności	
a) inwalidzi III grupy	
b) osoby częściowo niezdolne do pracy	

3.1 Rodzaj niepełnosprawności:

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
2. inna dysfunkcja ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku / słuchu	
4. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
5. inne dysfunkcje (jakie?):	

3.2 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

--

6. Koszt zadania - dotyczy barier w KOMUNIKOWANIU SIĘ

1. Przewidywany koszt ogółem (100%) z wybranej oferty cenowej	Sprzęt elektroniczny (komputer stacjonarny lub mobilny) lub inne wnioskowane urządzenia:	Elementy sprzętu elektronicznego, oprogramowanie specjalistyczne i inne	Razem kwota
	.....zł	.....zł	.....zł
2. Deklarowane środki własne (min. 5%)	.....zł	.....zł	.....zł
3. Inne źródła finansowania, w tym	.....zł	.....zł	.....zł
4. Wnioskowana kwota ze środków PFRON (max. 95%)	.....zł	.....zł	.....zł
5. Wnioskowana kwota słownie	....................zł	....................zł	....................zł

7. Sytuacja zawodowa (1)

1. zatrudniony / prowadzący działalność gospodarczą	
2. młdzież w wieku od lat 18 do 24 ucząca się w systemie szkolnym	
3. bezrobotny poszukujący pracy / rencista poszukujący pracy	
4. rencista / emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy	
5. dzieci i młdzież do lat 18	

(1) proszę wstawić X w rubryce

8. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON – m.in. likwidacja barier funkcjonalnych, sprzęt rehabilitacyjny, umowy z PFRON

Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia
Razem:			Kwota rozliczenia	

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak nie

Uwaga! za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął.

Dofinansowanie nie może obejmować kosztów likwidacji barier poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON. Dofinansowanie ze środków Funduszu nie przysługuje, jeżeli podmiot ubiegający się o dofinansowanie ma zaległości wobec Funduszu lub podmiot ten był, w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie tego podmiotu. Dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych nie przysługuje osobom niepełnosprawnym, które w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku uzyskały odpowiednio na te cele dofinansowanie ze środków PFRON.

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 § 1,2,3 ustawy z dn. 6 czerwca 1997r. KK (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się pisemnie informować w ciągu 14 dni.

.....
Czytelny podpis Wnioskodawcy

6a. Koszt zadania- dotyczy barier ARCHITEKTONICZNYCH LUB TECHNICZNYCH

1.Przewidywany koszt ogółem (100%) z kosztorysu, lub wybranej oferty cenowej	.....zł
2. Deklarowane środki własne (min. 5%)	.....zł
3. Inne źródła finansowania, w tym	.....zł
4. Wnioskowana kwota ze środków PFRON (max. 95%)	.....zł
5. Wnioskowana kwota słownie	.....zł

7. Sytuacja zawodowa (1)

1. zatrudniony / prowadzący działalność gospodarczą	
2. młodzież w wieku od lat 18 do 24 ucząca się w systemie szkolnym	
3. bezrobotny poszukujący pracy / rencista poszukujący pracy	
4. rencista / emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy	
5. dzieci i młodzież do lat 18	

(1) proszę wstawić X w rubryce

8. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON – m.in. likwidacja barier funkcjonalnych, sprzęt rehabilitacyjny, umowy z PFRON

Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia
Razem:			Kwota rozliczenia	

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak nie

Uwaga! za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął.

Dofinansowanie nie może obejmować kosztów likwidacji barier poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON. Dofinansowanie ze środków Funduszu nie przysługuje, jeżeli podmiot ubiegający się o dofinansowanie ma zaległości wobec Funduszu lub podmiot ten był, w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie tego podmiotu. Dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych nie przysługuje osobom niepełnosprawnym, które w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku uzyskały odpowiednio na te cele dofinansowanie ze środków PFRON.

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 § 1,2,3 ustawy z dn. 6 czerwca 1997r. KK (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się pisemnie informować w ciągu 14 dni.

.....
Czytelny podpis Wnioskodawcy

Nysa, dnia.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że posiadam środki finansowe (min. 5% wymagany udział własny) w wysokościzł słownie:.....
.....
na likwidację barier funkcjonalnych związanych ze złożonym wnioskiem.

.....
Podpis czytelny

OŚWIADCZENIE

W związku ze złożonym wnioskiem na likwidację barier funkcjonalnych, świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art.233 KK) niniejszym oświadczam, że nie korzystałam/łem w ramach tych barier z dofinansowania ze środków PFRON w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Nysie oraz oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, nie byłam/łam stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON.

Ponadto oświadczam, że nie złożyłam/łem wniosku o przyznanie dofinansowania do likwidacji barier funkcjonalnych w Oddziale Opolskim PFRON lub innej instytucji, w której można otrzymać dofinansowanie ze środków PFRON.

Przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez PCPR w Nysie oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną.

.....
Podpis czytelny

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019r., poz.1781).

Osoba niepełnosprawna posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

Dotyczy likwidacji barier architektonicznych - Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie wizji lokalnej/odbioru/kontroli w miejscu realizacji zadania oraz na rejestrację i utrwalanie przebiegu wizji/ odbioru/kontroli (m.in. sporządzanie fotografii, nagrań czy filmów).

.....
Podpis czytelny

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego (o ile dotyczy):

.....
(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

przez administratora danych tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą przy ul. Piastowskiej 33a w Nysie, w celach związanych z realizacją wniosku dotyczącego dofinansowania ze środków PFRON: likwidacji barier funkcjonalnych (tj. technicznych, w komunikowaniu się, architektonicznych), zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE ustawą o ochronie danych osobowych.

Ponadto wyrażam zgodę na podanie mojego numeru telefonu w celu ułatwienia kontaktowania się ze mną w sytuacjach , gdy jest to niezbędne.

Podanie numeru telefonu jest świadomie wyrażoną i dobrowolną zgodą.

.....
podpis osoby zainteresowanej
lub jej przedstawiciela ustawowego

9. Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), Opiekun Prawny lub Pełnomocnik

Imię, nazwisko.....

Imię ojca.....nr PESEL.....

numer i seria dowoduwydany przez

.....

nr NIP.....miejscowość.....

ulica.....nr domu.....nr lokalu.....

nr kodu.....poczta.....powiat.....

nr telefonu.....

ustanowiony Opiekun / Pełnomocnik.....

1. postanowieniem Sądu Rejonowego.....z dnia.....
sygn. akt

2. na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza.....

.....z dnia.....

repet. nr.....

Upředzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 § 1,2,3 ustawy z dn. 6 czerwca 1997r. oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się pisemnie informować w ciągu 14 dni

.....
podpis Przedstawiciela ustawowego

9.1 Załączniki wymagane do wniosku na likwidację barier architektonicznych

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku Tak / Nie	Uzupełniono Tak / Nie	Data uzupełnienia
1.	Potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności			
2.	Oświadczenie o dochodach			
3.	Tytuł prawny do gruntów i budynków (akt notarialny, aktualny wypis z ksiąg wieczystych)			
4.	Uproszczony wypis z rejestru gruntów (bez klauzuli do dokonania wpisu w księdze wieczystej)			
5.	Umowa najmu, przydział			
6.	Potwierdzenie stałego zameldowania z Urzędu Gminy			
7.	<ul style="list-style-type: none"> Zgoda właściciela/ współwłaściciela na remont (likwidację barier); Zgoda wspólnoty, spółdzielni na remont (likwidację barier); 			
8.	<ul style="list-style-type: none"> Opis obecnego stanu technicznego; 			
9.	<ul style="list-style-type: none"> Rzut stanu istniejącego i projektowanego; 			
10.	<ul style="list-style-type: none"> Kosztyorys budowlany (średnie ceny materiały +robocizna) lub oferty cenowe dotyczące wyłącznie zakresu dostosowania; 2 oferty (z dwóch różnych sklepów) – w przypadku zakupu urządzeń 			
11.	Oświadczenie o posiadaniu środków własnych na realizację zadania			
12.	Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania			
13.	zaświadczenie lekarza, zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności i obecnym stanie zdrowia oraz informacje dotyczące tego, w jakim stopniu ten stan utrudnia poruszanie się			
14.	dokumenty potwierdzające prawo występowania w imieniu osoby niepełnosprawnej np. przedstawiciel ustawowy, opiekun prawny, pełnomocnik)			

.....
podpis pracownika PCPR

9.2 Załączniki wymagane do wniosku na likwidację barier w komunikowaniu się i technicznych

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku Tak / Nie	Uzupełniono Tak / Nie	Data uzupełnienia
1.	Potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności			
2.	Oświadczenie o dochodach			
3.	Dwie oferty cenowe (z dwóch różnych sklepów)			
4.	Oświadczenie, że wnioskodawca posiada środki własne na realizację zadania			
5.	Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania			
6.	dokumenty potwierdzające prawo występowania w imieniu osoby niepełnosprawnej (np. przedstawiciel ustawowy, opiekun prawny, pełnomocnik)			
7.	zaświadczenie lekarza, zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności i obecnym stanie zdrowia oraz informacje dotyczące tego, w jakim stopniu ten stan utrudnia komunikowanie się , funkcjonowanie			
8.	-zaświadczenia, certyfikaty ukończenia kursów komputerowych, -zaświadczenia o pobieranej nauce w przypadku osoby uczącej się lub inne dokumenty i zaświadczenia mogące pomóc w rozpatrzeniu wniosku w przypadku likwidacji barier w komunikowaniu się (opinia logopedy, psychologa, pedagoga, orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, orzeczenie o potrzebie indywidualnego nauczania i inne).			

.....
podpis pracownika PCPR

PCPR.IV.4033.

.....,dnia.....

imię, nazwisko

.....

adres

.....

.....

OŚWIADCZENIE

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 KK § 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 od 6 miesięcy do lat 8.) oświadczam, że przeciętny **miesięczny** dochód w rodzinie, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, **obliczany za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku**

wynosił.....zł* , słownie.....

.....

Ilość osób w rodzinie.....

Art. 233 §1 Kodeksu karnego

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 od 6 miesięcy do lat 8.

.....dnia.....

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb PCPR likwidacji barier funkcjonalnych (prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta.....

Data urodzenia.....

1. Rodzaj choroby zasadniczej.....

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia niepełnosprawności.....

3. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny.....

Pacjent wymaga*:

a) likwidacji barier architektonicznych - tak - nie
ze względu na rodzaj niepełnosprawności spowodowany.....

osoba niepełnosprawna ma trudności w poruszaniu się w otoczeniu, polegające na:

b) likwidacji barier w komunikowaniu się - tak - nie
ze względu na rodzaj niepełnosprawności spowodowany.....

osoba niepełnosprawna ma trudności w komunikowaniu się z otoczeniem, polegające na:

c) likwidacji barier technicznych - tak - nie
osoba niepełnosprawna ma trudności w funkcjonowaniu w miejscu zamieszkania polegające na:

trudności te mogą zostać zlikwidowane/ograniczone poprzez korzystanie z następujących urządzeń,
sprzętów, pomocy technicznych:

4. Niepełnosprawność pacjenta dotyczy*

- narządu ruchu, w zakresie.....
- narządu wzroku,
- narządu słuchu,
- upośledzenia umysłowego,
- choroby psychicznej,
- ogólnego stanu zdrowia

5. Pacjent wymaga likwidacji barier w komunikowaniu się i wskazany jest zakup*:

- zestawu komputerowego
- laptopa
- sprzętu komputerowego ze specjalistycznym oprzyrządowaniem, oprogramowaniem
- nie dotyczy

.....
pieczętka i podpis lekarza rodzinnego / specjalisty

* Właściwe zakreślić, objaśnienie na drugiej stronie

Bariery architektoniczne i urbanistyczne to wszelkie utrudnienia występujące w budynku i w jego najbliższej okolicy, które ze względu na rozwiązania techniczne, konstrukcyjne lub warunki użytkowe uniemożliwiają lub utrudniają swobodę ruchu osobom niepełnosprawnym.

Bariery w komunikowaniu się – bariery utrudniające lub uniemożliwiające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i / lub przekazywanie informacji.

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