**POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W OLKUSZU**

Numer sprawy: PCPR.ZR.8045. Data przyjęcia:

# WNIOSEK

***O DOFINANSOWANIE NA LIKWIDACJĘ BARIER TECHNICZNYCH***

***DLA INDYWIDUALNYCH OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH***

## Dane dotyczące wnioskodawcy (osoby niepełnosprawnej):

Imię ............................................................... Nazwisko...................................................................

Data urodzenia .............................................. PESEL.......................................................................

NIP ........................................................ Adres zamieszkania ..........................................................

.................................................................................. nr telefonu ......................................................

1. **Dane przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika lub kuratora      osoby niepełnosprawnej:**

Imię ............................................................... Nazwisko...................................................................

Adres zamieszkania ..........................................................................................................................

NIP................................................................. PESEL ......................................................................

ustanowiony opiekunem\*/pełnomocnikiem\*/kuratorem\* .............................................................. postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia ......................................................sygn. akt\*/ na mocy

pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza .......................................z dnia .......................

repet. nr .............................................

1. **Przedmiot dofinansowania:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa sprzętu technicznego** | **Ilość** | **Cena** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Niepotrzebne skreślić

## Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania:

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

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

## Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:

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

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

## Przewidywany koszt realizacji zadania:

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

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

1. **Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:** ……….….…….zł.

(słownie: .............................................................................)

deklarowany udział Wnioskodawcy min. 20% dzieci i młodzież niepełnosprawna oraz osoby  uczące  się jednak nie dłużej  niż do 26 roku życia, pozostali min. 40%

1. **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:**

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

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

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

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

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

1. **Informacja o kwotach przyznanych wcześniej ze środków PFRON z określeniem:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nr umowy** | **Data zawarcia umowy** | **Cel dofinansowania** | **Kwota dofinansowania** | **Stan rozliczenia** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

## Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania:

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

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

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

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

## Informacje uzupełniające:

  W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku i przyznania dofinansowania proszę o jego   przekazanie:

1.  na rachunek bankowy (wnioskodawcy)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

2.  na konto sprzedawcy urządzenia zgodnie z wskazanym przez niego numerem konta

**XII. Oświadczenie o dochodach i liczbie członków rodziny:**

**a)** liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi……………………

**b)** przeciętny miesięczny dochód (netto), w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony  przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający  miesiąc złożenia wniosku1 wyniósł ………………………………………......…....zł.

**XIII. Oświadczam, że:**

- nie posiadam zaległości w terminowym regulowaniu wymagalnych zobowiązań wobec PFRON,

- podane informacje są zgodne z prawdą oraz jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie   nieprawdziwych zeznań,

- o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować PCPR w ciągu 14 dni,

**Ja niżej podpisany/a pouczony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 06.06. 1997r. – Kodeks Karny2/Dz. U. z 2017r. poz. 2204 za składanie fałszywych zeznań, składam stosownie do art. 75 § 2 kpa oświadczenie, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.**

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą przy ul. Piłsudskiego 21, 32-300 Olkusz, NIP:6371847165, REGON: 357009728, (32) 641-32-92, (32) 643-39-41,  strona  internetowa:  [www.pcpr.olkusz.pl](http://www.pcpr.olkusz.pl),  e-mail:  pcprolkusz@wp.pl.   
We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych przez Administratora można uzyskać informację, kontaktując się z  Inspektorem  Ochrony  Danych  poprzez  pocztę elektroniczną  na  adres:  [kinga@informatics.jaworzno.pl](mailto:kinga@informatics.jaworzno.pl) lub  listownie i osobiście pod adresem siedziby Administratora danych. Dane  są  przetwarzane  w  celu  realizacji  wniosku  o  dofinansowanie  ze  środków  PFRON.   
Państwa  dane  osobowe  będą  przechowywane  przez  10  lat  od  dnia  złożenia  wniosku.  
Dostęp do danych będą miały osoby pracujące i współpracujące z Administratorem danych w zakresie realizacji na Państwa rzecz usług. Administrator danych nie zamierza przekazywać Państwa danych poza  obszar  Europejskiego  Obszaru  Gospodarczego.  
Informujemy, że przysługują Państwu następujące prawa dotyczące danych osobowych: dostępu do danych osobowych, tj. uzyskania informacji, czy Administrator przetwarza Państwa dane, a jeśli tak, to w jakim zakresie, sprostowania danych osobowych, w przypadku, gdy Państwa zdaniem są one nieprawidłowe lub niekompletne, wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w przypadku, gdy Państwa zdaniem przetwarzanie danych osobowych przez Administratora odbywa się z naruszeniem prawa.

……………………………, data ………………….… ………………….........................................

(miejscowość) **czytelny podpis Wnioskodawcy**

**(przedstawiciela ustawowego,                                                                                                                 opiekuna prawnego, pełnomocnika,**

**lub kuratora)**

1Średni miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składką z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za rok podatkowy poprzedzający rok, w którym składany jest wniosek.

2. Art. 233 § 1,2 i 3 kk – 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.

**Wymagane załączniki do wniosku:**

1. kopia ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub wypisu z treści orzeczenia o zaliczeniu do jednej z trzech grup inwalidów bądź o całkowitej/częściowej niezdolności do pracy/niezdolności do samodzielnej egzystencji, o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym (wydane przed dniem 01.01.1998r. na stałe) lub orzeczenia o niepełnosprawności przed ukończeniem 16 roku życia- **oryginał do wglądu,**
2. w przypadku, gdy w imieniu osoby niepełnosprawnej działa pełnomocnik, opiekun prawny lub kurator – kopia postanowienia sądowego bądź pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza- **oryginał do wglądu**,
3. aktualne zaświadczenie lekarza specjalisty, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności /potwierdzające potrzebę likwidacji barier technicznych,
4. oferta cenowa sprzętu technicznego,
5. w przypadku dorosłych osób niepełnosprawnych – zaświadczenie o pobieraniu nauki lecz nie dłużej niż do 26  roku życia.

## XIV.  Ocena wniosku dokonana przez komisję na podstawie informacji zawartych we wniosku          i załączonej dokumentacji:

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

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

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

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

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

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

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

Olkusz, dnia .............................. Podpisy członków komisji.................................................................

**…………………………..**

miejscowość i data

…………..…………………………………….

Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

**wydane dla potrzeb PCPR w Olkuszu**

**o dofinansowanie na likwidację barier technicznych**

Imię i nazwisko ………………………………………………………………………………..…….….

Adres ………………………………………………………………………………………………….…

PESEL ………………………………………………………………………………………..……...….

**Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji\***

dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim

inna dysfunkcja narządu ruchu

dysfunkcja kończyn górnych

porażenie 4 -kończynowe

dysfunkcja narządu wzroku

dysfunkcja narządu słuchu i mowy

inne (podać jakie)

1. Rozpoznanie i opis choroby zasadniczej …………………………………………….…………..….…  …………………………………………………………………………………………………….……………..……………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………

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

…………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………..…

3. Zalecany sprzęt rehabilitacyjny stosowny do potrzeb wynikających z niepełnosprawności…………..

…………………………………………………………………………………….…….………………………………………………………………………………………………………….….………………………………………………………………………………………………………….….………………………………………………………………………………………………………….….………………….

…………………………………..

pieczątka i podpis lekarza

wystawiającego zaświadczenie

\* właściwe zaznaczyć