

## **W N I O S E K**

### o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji **barier technicznych**

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

Nazwisko..... Imię ..... PESEL .....
Dowód osobisty seria .....nr ..... wydany w dniu .....r. przez .....ważny do .....r.
<b>Adres zamieszkania osoby niepełnosprawnej:</b>
Miejscowość..... Kod pocztowy ..... Ulica .....
Nr telefonu kontaktowego .....
Numer rachunku bankowego.....
Nazwa banku .....

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

[ ] nie dotyczy, [ ] przedstawiciel ustawowy, [ ] opiekun prawny, [ ] pełnomocnik *
Nazwisko..... Imię ..... PESEL .....
Dowód osobisty seria .....nr ..... wydany w dniu .....r. przez .....ważny do .....r.
<b>Adres zamieszkania:</b>
Miejscowość..... Kod pocztowy ..... Ulica .....
Nr telefonu kontaktowego .....
Numer rachunku bankowego.....
Nazwa banku .....

\* właściwe zaznaczyć

#### **3. Stan prawny dotyczący niepełnosprawności\***

[ ] stopień znaczny	[ ] całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	[ ] I grupa inwalidzka	[ ] 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"/> samodzielnie <input type="checkbox"/> osoba leżąca	
<input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku w zakresie:	<input type="checkbox"/> osoba niewidoma	
	<input type="checkbox"/> osoba niedowidząca	
	<input type="checkbox"/> innym (wymienić).....	
<input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu, mowy w zakresie:	<input type="checkbox"/> osoba głuchoniema	
	<input type="checkbox"/> osoba niedosłysząca	
	<input type="checkbox"/> innym (wymienić).....	
<b>Inny rodzaj niepełnosprawności*</b>		
<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. Informacja o realizacji przez Wnioskodawcę zobowiązań wobec PFRON

Czy Wnioskodawca ma zaległości wobec PFRON*	Jeżeli <b>tak</b> to proszę podać rodzaj i wysokość zaległości
	.....zł
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
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



## 10. 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) .....

## 11. 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 technicznych 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 technicznych 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 1997 r. *kodeks karny* oświadczam, że dane umieszczone we wniosku oraz załącznikach są zgodne z prawdą.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zamieszczonych w niniejszym wniosku zgodnie z art. 4 pkt 11, art. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) w zakresie:  
- numer/y telefonu.
3. Oświadczam, że zapoznałam/em się z *KLAUZULĄ INFORMACYJNĄ O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH dla osób wnioskujących o dofinansowania i korzystających ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Nakle nad Notecią* i znam przysługujące mi prawa dotyczące przetwarzania moich danych osobowych.
4. Zobowiązuje się do pisemnego poinformowania Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nakle nad Notecią o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku w terminie 14 dni od zmiany.
5. Zostałam/-em poinformowana/-y, iż zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. *kodeks cywilny* (j.t. Dz.U. 2019.1145 t.j. z późn. zm.) miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.

.....  
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 technicznych

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 – 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.	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)**

Liczba osób tworzących wspólne gospodarstwo domowe wraz z Wnioskodawcą	
Przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku 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 2019.1950. t.j. 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

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 niedosłysząca [ ] 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**

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

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