



Data wpływu.....

Nr wniosku PFRON/...../...../...../ 2017

**WNIOSEK
O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU
REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH LIKWIDACJI BARIER
W KOMUNIKOWANIU SIĘ**

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub jej pełnomocnik, a w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny, proszę wypełnić czytelnie, drukowanymi literami)

1. DANE WNIOSKODAWCY (RODZICA, OPIEKUNA PRAWNEGO, PEŁNOMOCNIKA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ)

Imię i nazwisko:

PESEL Dow. osob. Seria..... Nr

ADRES ZAMELDOWANIA

ADRES ZAMIESZKANIA

Ulica/nr domu/mieszkania Ulica/nr domu/mieszkania.....

Kod-..... Miejscowość Kod-..... Miejscowość

Telefon e-mail

Opiekun prawny* - ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia

sygnatura akt

Pełnomocnik* - na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza

dnia nr repertorium

.....

2. DANE DZIECKA, PODOPIECZNEGO, OSOBY UBEZWŁASNOWIIONEJ

Imię i nazwisko:

PESEL Dow. osob. Seria..... Nr

ADRES ZAMELDOWANIA

ADRES ZAMIESZKANIA

Ulica/nr domu/mieszkania Ulica/nr domu/mieszkania.....

Kod-..... Miejscowość Kod-..... Miejscowość

Telefon

3. Posiadane orzeczenie**

- stopień Znaczny / I Gr. / całkowicie niezdolny do pracy i samodzielnej egzystencji
- stopień Umiarkowany / II Gr. / całkowicie niezdolny do pracy
- stopień Lekki / III Gr. / częściowo niezdolny do pracy
- niepełnosprawności osoby do 16 roku życia

4. Rodzaj niepełnosprawności (wstawić znak X we właściwej rubryce)

1. dysfunkcja narządu ruchu 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	
5. dysfunkcja narządu mowy	
6. deficyt rozwojowy(upośledzenie umysłowe)	
7. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

5. Sytuacja zawodowa:

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

6. Rozpoznanie potrzeb wnioskodawcy wynikających z niepełnosprawności:

Czy w związku z rodzajem schorzenia wnioskodawca wymaga specjalistycznego oprogramowania? :

Tak (jakiego?)

Nie

Czy w związku z rodzajem schorzenia wnioskodawca wymaga specjalistycznego oprzyrządowania do komputera ? (np. klawiatury z kontrastującymi literami, nakładki na klawiaturę itp.)

Tak.....

Nie

Czy wnioskodawca objęty jest pomocą logopedyczną lub inną mającą na celu rehabilitację mowy lub słuchu ? :

Tak (gdzie?)

Nie

Czy wobec wnioskodawcy orzeczono potrzebę:

- indywidualnego nauczania Tak Nie

- kształcenia specjalnego Tak Nie

- indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego Tak Nie

- zajęć rewalidacyjno-wychowawczych Tak Nie

- terapii logopedycznej Tak Nie

7. Osoby wspólnie zamieszkujące

Imię i nazwisko	Rok urodzenia	Stopień niepełnosprawności	Rodzaj niepełnosprawności.

8. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON w okresie 3 lat wstecz

Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON				Tak:	Nie:
Nr i data zawarcia umowy	Kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	Źródło (PFRON, PCPR PUP)

9. Przedmiot dofinansowania

.....
.....

10. Wnioskowana kwota dofinansowania (do 95 % całości zadania)

Uzasadnienie:.....
.....
.....
.....

11. Oświadczenie

- a) Oświadczam, iż nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz że nie byłam/em w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
- b) Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie moich danych osobowych /mojego dziecka/podopiecznego w bazie danych PCPR dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji dofinansowania, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (tj.: Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.)
- c) Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i § 6 kk. w zw. z art. 75 § 2 i art. 83 § 3 kpa. za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku zostały podane zgodnie z prawdą. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni
- 12. Oświadczam, że zostałem poinformowany, że złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania oraz, że wniosek złożony w 2017 nie przechodzi na rok następny.**
- 13. Oświadczam, że posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach zadania (min. 5%).**

.....
data

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy

* w określonych przypadkach

** właściwe podkreślić

Załączniki :

1. Kopia orzeczenie o stopniu niepełnosprawności albo kopia orzeczenia równoważnego lub o niepełnosprawności, wydanym przed ukończeniem 16 roku życia.
2. Kopia dowodu osobistego.
3. Oświadczenie o dochodach wszystkich osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym obliczonych za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (załącznik Nr 1).
4. Zaświadczenie lekarskie wystawione w ciągu 3 miesięcy przed dniem złożenia wniosku potwierdzające rodzaj niepełnosprawności, aktualny stan zdrowia oraz zasadność zakupu wnioskowanego sprzętu (załącznik Nr 2).
5. Kopia orzeczenia lub opinii poradni psychologiczno- pedagogicznej (jeżeli Wnioskodawca takie posiada).
6. Zaświadczenie o pobieraniu nauki lub uczęszczaniu do przedszkola (dotyczy dzieci i młodzieży uczącej się).
7. Kopia dokumentu stwierdzającego opiekę prawną nad podopiecznym (dotyczy opiekuna prawnego).

**Oświadczenie Wnioskodawcy o wysokości dochodów i liczbie osób
pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym**

dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Chojnicach celem otrzymania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pod adresem zamieszkują następujące osoby:

Imię	Nazwisko	Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Przeciętny miesięczny dochód obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku
Dane dotyczące Wnioskodawcy:				
1.			-----	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa:				
2.				
3.				
4.				
5.				
			Razem	

Oświadczam, że:

- Przeciętny miesięczny dochód rodziny pomniejszony o należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowych i chorobowego, składki na ubezpieczenie zdrowotne, kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku o dofinansowanie przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wyniósł złgr.
- Świadomy odpowiedzialności karnej (art. 233 § 1 kk) za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu podane zostały zgodnie z prawdą. Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., data/...../20..... r.

.....
(podpis Wnioskodawcy
/przedstawiciela ustawowego)

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(załącznik do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON do likwidacji barier w komunikowaniu się)

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej :

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

2. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:

.....
.....

3. Rodzaj niepełnosprawności (zakreślić właściwe):

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
2. dysfunkcja narządu ruchu bez konieczności poruszania się na wózku inwalidzkim
3. wrodzony brak lub amputacja kończyn
4. inna dysfunkcja narządu ruchu
5. dysfunkcja narządu wzroku
6. dysfunkcja narządu słuchu
7. dysfunkcja narządu mowy
8. inne schorzenia (jakie?)

.....

3. Opis niepełnosprawności ze szczególnym uwzględnieniem, czy osoba ma trudności w porozumiewaniu się i przekazywaniu informacji w związku z istniejącą niepełnosprawnością

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

*Wypełnić czytelnie w języku polskim

**Zasady udzielania osobie niepełnosprawnej dofinansowania ze środków finansowych Państwowego
Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na likwidację
barier w komunikowaniu się**

Wnioski przyjmowane są od 16.01.2017 r. w siedzibie PCPR Chojnice ul. Piłsudskiego 30

I piętro pokój 120

Druki wniosków dostępne również na stronie www.pcpr.infochojnice.pl (zakładka pobierz: wnioski – rehabilitacja społeczna)

Ze środków PFRON może być dofinansowany zakup sprzętu, mającego na celu likwidację bariery w komunikowaniu się. Przez barierę w komunikowaniu się należy rozumieć ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji.

O dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się mogą ubiegać się osoby fizyczne (w tym małoletnie), które spełniają następujące warunki:

- a) posiadają orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (bądź też równoważne z nimi), lub w przypadku dzieci i młodzieży w wieku do lat 16 – orzeczenie o niepełnosprawności
- b) rodzaj ich niepełnosprawności wskazuje na dysfunkcje narządu wzroku, słuchu, mowy potwierdzony aktualnym, ważnym 3 miesiące od daty wystawienia zaświadczeniem lekarskim
- c) osoby niepełnosprawne w wieku aktywności zawodowej do 65 roku życia oraz dzieci i młodzież ucząca się do 25 roku życia

WYKAZ SPRZĘTÓW Z ZAKRESU LIKWIDACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ:

- a) zakup zestawu komputerowego maksymalne dofinansowanie do 1.520 zł
- b) zakup dyktafonu – maksymalne dofinansowanie do 190 zł
- c) zakup radiomagnetofonów - maksymalne dofinansowanie do 380 zł
- d) usługi lektorów i przewodników- jeżeli nie są zapewnione bezpłatnie
- e) zakup i montaż sygnalizacji świetlnej:
 - wyposażenie dzwonka do drzwi w sygnalizację świetlną
 - wyposażenie telefonu w sygnalizację świetlną
- f) zakup aparatu telefonicznego ze wzmacniaczem dźwięku lub funkcją dla osób słabowidzących
- g) oprogramowanie logopedyczne lub inne specjalistyczne programy ułatwiające komunikowanie się – maksymalne dofinansowanie do 760 zł
- h) zakup czytników
- i) zakup komunikatorów mowy

Zakupiony w ramach likwidacji barier w komunikowaniu się sprzęt musi być fabrycznie nowy oraz posiadać gwarancję.

Wysokość dofinansowania

1. Wysokość dofinansowania wynosi do 95 % wartości realizowanego zadania.
2. Dofinansowanie na likwidację barier w lokalu mieszkalnym wnioskodawcy może być udzielone **raz na trzy lata kalendarzowe, ponownie złożony wniosek nie może dotyczyć urządzeń, których zakup był poprzednio objęty dofinansowaniem.**
3. Wnioskodawca zobowiązany jest do zadeklarowania udziału środków własnych w wysokości stanowiącej minimum 5% wartości realizowanego zadania.

Procedura dotycząca przyznawania dofinansowania likwidacji barier w komunikowaniu się

1. Podstawę dofinansowania stanowi umowa zawarta **przed zakupem** sprzętu pomiędzy PCPR a Wnioskodawcą.
2. Dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się nie przysługuje osobom niepełnosprawnym, które w ciągu trzech lat przed złożeniem uzyskały odpowiednio na te cele dofinansowanie ze środków PFRON.
3. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie.
4. W wyznaczonym terminie Wnioskodawca zobowiązany jest stawić się z dowodem osobistym do siedziby PCPR w celu podpisania umowy. **Wnioskodawca podpisuje umowę osobiście.**
5. Po podpisaniu umowy Wnioskodawca dokonuje zakupu sprzętu wpłacając udział własny i w wyznaczonym terminie jest zobowiązany dostarczyć oryginał faktury i dowód wpłaty do siedziby PCPR.
6. PCPR po weryfikacji faktur przekazuje (nie później niż) w ciągu 14 dni środki finansowe stanowiące dofinansowanie zadania na wskazane przez Wnioskodawcę konto własne lub konto wystawcy faktury.
7. PCPR ma prawo w ciągu trzech lat po podpisaniu umowy do kontroli zakupionego sprzętu.

Przyjmuję do wiadomości powyższą procedurę oraz informację, że niniejszy wniosek złożony w dniu.....zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i uchwaleniu planu finansowego na 2017 rok przez Radę Powiatu Chojnickiego.

.....
Podpis Wnioskodawcy