



Data wpływu.....

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

**WNIOSEK
O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU
REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH LIKWIDACJI BARIER
TECHNICZNYCH**

(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 UBEZWŁASNOWIONEJ

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 wnioskodawca porusza się samodzielnie Tak Nie

Czy wnioskodawca porusza się na wózku inwalidzkim Tak Nie

Czy wnioskodawca porusza się przy pomocy kul lub innych przedmiotów Tak Nie

Czy wnioskodawca korzysta z pomocy opiekunki ośrodka pomocy społecznej 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)

11. Uzasadnienie składanego wniosku

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

12. 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
13. **Oświadczam**, że zostałem poinformowany, że złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania oraz, że wniosek złożony w 2017 nie przechodzi na rok następny.
14. **Oświadczam, że posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach zadania(min. 5%).**

.....
data

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy

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 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 technicznych)

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?)

.....

4. Używane zaopatrzenie ortopedyczne (np. wózek inwalidzki, kula, proteza, balkonik, proteza kończyn, gorset ortopedyczny, inne):

.....

5. Wskazany sprzęt ograniczający skutki niepełnosprawności lub ułatwiający codzienne funkcjonowanie:

.....
Data (pieczęć i podpis lekarza)

Zasady udzielania osobie niepełnosprawnej dofinansowania ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na likwidację barier technicznych

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 urządzeń i sprzętu, mającego na celu likwidację barier technicznych. Przez bariery techniczne należy rozumieć bariery utrudniające lub uniemożliwiające osobie niepełnosprawnej funkcjonowanie społeczne. Likwidacja tej bariery powinna powodować sprawniejsze działanie takiej osoby w społeczeństwie i umożliwić jej funkcjonowanie w życiu codziennym.

O dofinansowanie likwidacji barier technicznych 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, które dotknięte są trwałym naruszeniem sprawności organizmu, potwierdzonym aktualnym, ważnym 3 miesiące od daty wystawienia zaświadczeniem lekarskim.

WYKAZ SPRZĘTÓW Z ZAKRESU LIKWIDACJI BARIER TECHNICZNYCH:

- a) zakup transporterów schodowych, schodołazów i innych urządzeń służących do przemieszczania się osób niepełnosprawnych, nie przytwierdzone do podłoża - maksymalne dofinansowanie do 5.700 zł
- b) zakup podnośników wannowych, sufitowych – maksymalne dofinansowanie do 3.000 zł
- c) zakup i montaż poręczy, uchwytów w ciągach komunikacyjnych oraz uchwytów ułatwiających korzystanie z urządzeń sanitarnych maksymalne dofinansowanie do 380 zł
- d) zakup i montaż urządzenia SAM – dla osób z porażeniem cztero kończynowym maksymalne dofinansowanie do 5.700 zł
- e) zakup krzeselka toaletowego, siedziska wannowego, nakładki na sedes, foteli i wózków prysznicowych maksymalne dofinansowanie do 285 zł
- f) zakup łóżka ortopedycznego z wyposażeniem maksymalne dofinansowanie do 2.400 zł
- g) zakup pompy insulinowej maksymalne dofinansowanie do 5.700 zł
- h) zakup koncentratora tlenu maksymalne dofinansowanie do 2.000 zł
- i) zakup inhalatora, nebulizatora maksymalne dofinansowanie do 190 zł
- j) inne urządzenia wg indywidualnych potrzeb, mające na celu ułatwienie codziennego funkcjonowania osoby niepełnosprawnej

Dofinansowaniu ze środków PFRON nie podlega sprzęt AGD.

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

Wysokość dofinansowania

1. Wysokość dofinansowania wynosi do 95 % wartości realizowanego zadania.
2. Dofinansowanie na likwidację barier technicznych wnioskodawcy może być udzielone **raz na trzy lata kalendarzowe**.
3. **Wnioskodawca zobowiązany jest do zadeklarowania udziału środków własnych w wysokości stanowiącej minimum 5% wartości realizowanego zadania.**

Procedura dotycząca przyznawania dofinansowania likwidacji barier technicznych

1. Podstawę dofinansowania stanowi umowa zawarta **przed zakupem** sprzętu pomiędzy PCPR a Wnioskodawcą.
2. Dofinansowanie likwidacji barier technicznych 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