data wpływu wniosku

PCPR. _____

W N I O S E K
o dofinansowanie do likwidacji barier technicznych
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

CZĘŚĆ A (wypełnia Wnioskodawca)

1. Imię (imiona) i nazwisko: …….....
2. Adres zamieszkania (miejsce pobytu osoby bezdomnej) Miejscowość: ……., ul. ……., Nr domu ……., Nr lokalu ……..... kod ….. - ……..… Poczta ……..……..…. Gmina …….…….....
3. PESEL (w przypadku ich nadania) …….……
4. Dowód osobisty: Seria …... Nr ……..… wydany w dniu ……..……... przez …… ważny do dnia ……
5. Telefon stacjonarny: …….……..…. / komórkowy: ……..……...
6. POSIADANE ORZECZENIE (zaznacz właściwe) 1) o stopniu niepełnosprawności Znacznym Umiarkowanym Lekkim 2) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów I II III 3) o całkowitej/ o częściowej niezdolności do pracy/ o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym/ i niezdolności do samodzielnej egzystencji 4) o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia
7. Rodzaj niepełnosprawności (zaznacz właściwe) 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 i mowy, 5) niepełnosprawność intelektualna (upośledzenie umysłowe), 6) niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia, 7) inna (jaka?) ……..….

8. Sytuacja zawodowa (zaznacz właściwe)
1) zatrudniony / prowadzący działalność gospodarczą,
2) osoba w wieku 18-24, 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 18 lat.

9. Wykształcenie wnioskodawcy (zaznacz właściwe):
niepełne podstawowe / podstawowe / gimnazjalne / zawodowe / średnie ogólnokształcące / średnie zawodowe / policealne / wyższe / wyższe ze stopniem naukowym / nie dotyczy

10. Korzystałem(am) z dofinansowania do likwidacji barier technicznych ze środków PFRON (zaznacz właściwe):
Tak (podać rok) ..... Nie

11. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:
……...

12. Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje (zaznacz właściwe):
Samotnie / z rodziną / z osobami niespokrewnionymi

13. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą (w tym niepełnosprawne):
Imię i nazwisko / pokrewieństwo / wiek / niepełnosprawność (stopień i rodzaj)
1) ……..
2) ……..
3) ……..
4) ……..
5) ……..
6) ……..
7) ……..
8) ……..

14. Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania do likwidacji barier.
……
……
……
……
……
……
……

15. Przedmiot dofinansowania:
.....
.....
.....
.....
.....
.....

16 Przewidywany koszt realizacji zadania: …… zł., w tym:
- kwota wnioskowana …….……zł.

17.Informacja o kwotach przyznanych wcześniej z środków Funduszu z określeniem numeru zawartej umowy, celu i daty przyznania dofinansowania oraz stanu rozliczenia (3 lata od daty złożenia wnioski) :

……
……
……

18.Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik:
1) imię (imiona) i nazwisko: ……...…….
2) adres zamieszkania (miejsce pobytu osoby bezdomnej)
Miejscowość: ……., ul. ……. Nr domu ……. Nr lokalu …… kod …... - …….. Poczta ……. Gmina …….…….……..
3) PESEL: …….
4) dowód osobisty: Seria ..….. Nr ……..…… wydany w dniu …….…..…….……..
przez …….ważny do dnia……
5)telefon stacjonarny: ……..……. / komórkowy: ……...……..
6) Postanowienie Sądu w ……. Z dnia…… sygn.. akt……...…….

1 .<u>Niezbędne załączniki do wniosku</u>

1) kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia, kopia orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998r., wnioskodawcy,
2) aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, zgodnie ze załącznikiem nr 1
3) postanowienie sądu o ubezwłasnowolnieniu i wyznaczeniu opiekuna prawnego,
4) potwierdzenie notarialne pełnomocnictwa do załatwiania spraw w imieniu wnioskodawcy.
5) zgoda właściciela budynku lub lokalu mieszkalnego, jeżeli taka zgoda jest wymagana.
6) kosztorys ofertowy

…… (miejscowość i data)

……..... podpis Wnioskodawcy/opiekuna ustawowego /opiekuna prawnego/pełnomocnika)

CZĘŚĆ B (wypełnia Wnioskodawca)

Oświadczam, iż przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wyniósł …….…….. zł .
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym……

…… (miejscowość i data)

…… (podpis Wnioskodawcy/opiekuna ustawowego /opiekuna prawnego/pełnomocnika)

CZĘŚĆ C (wypełnia Wnioskodawca)

OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.
2. Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kaliszu , dla potrzeb związanych z realizacją wniosku zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych
3. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Funduszu i nie byłem/am w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

…… (miejscowość i data)

…… (podpis Wnioskodawcy/opiekuna ustawowego /opiekuna prawnego/pełnomocnika)

CZĘŚĆ D (wypełnia Wnioskodawca)

UWAGA !

1. Zgodnie z § 9 ust. 4 dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.

2. Zgodnie z § 9 ust. 3 dofinansowanie likwidacji barier technicznych nie przysługuje osobom niepełnosprawnym, które w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku uzyskały odpowiednio na te cele dofinansowanie ze środków Funduszu.

3. Zgodnie § 9 ust. 1 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 zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie tego podmiotu.

(Podstawa prawna: rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015, poz. 926)

…… (miejscowość i data)

…… (podpis Wnioskodawcy/opiekuna ustawowego opiekuna prawnego/pełnomocnika

załącznik nr 1 do wniosku o dofinansowanie likwidacji barier technicznych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

..... ……

Stempel zakładu opieki zdrowotnej Miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kaliszu

LIKWIDACJA BARIER TECHNICZNYCH[1]

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta	……..
Adres zamieszkania	……..
Data urodzenia	(dd-mm-rr) ……..
PESEL	…….

1) rodzaj niepełnosprawności lub dysfunkcji (należy zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczątką)

dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	☐ pieczątka i podpis lekarza
dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się przy pomocy kuli, balkonika itp.	☐ pieczątka i podpis lekarza
osoby poruszające się samodzielnie bez pomocy osób trzecich i przyrządów ortopedycznych	☐ pieczątka i podpis lekarza
dysfunkcja narządu wzroku	☐ pieczątka i podpis lekarza
dysfunkcja narządu słuch i mowy	☐ pieczątka i podpis lekarza
deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe) lub psychiczne	☐ pieczątka i podpis lekarza
inne schorzenia jakie?	☐ pieczątka i podpis lekarza

2) trwałe naruszenie sprawności organizmu (należy zakreślić właściwe pole)

□ TAK □ NIE

[1] O dofinansowanie likwidacji barier technicznych mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, które mają trudności w poruszaniu się. Przez bariery techniczne należy rozumieć przeszkody wynikające z braku zastosowań lub niedostosowania, odpowiednich do rodzaju niepełnosprawności, przedmiotów lub urządzeń. Likwidacja tych barier powinna powodować sprawniejsze działanie osoby niepełnosprawnej w społeczeństwie i umożliwić wydajniejsze jej funkcjonowanie.

załącznik nr 1 do wniosku o dofinansowanie likwidacji barier technicznych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

3) Wnioskowany przedmiot ortopedyczne lub sprzęt rehabilitacyjny z uzasadnieniem potrzeby zakupu.

…….....

…….....

.....

.....

.....

.....

4) opis trudności w poruszaniu się

…….....

…….....

.....

.....

.....

.....

5) Pacjent wymaga likwidacji barier technicznych w swoim najbliższym otoczeniu (należy zakreślić właściwe pole)

□ TAK □ NIE

…….

pieczątka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie