



**POWIATOWE CENTRUM POMOCY
RODZINIE W WOLSZTYNIE**
ul. Marcinkowskiego 6
64-200 Wolsztyn
tel. 68 384 35 02
e-mail: pcpr@powiatwolsztyn.pl
www.pcpr.powiatwolsztyn.pl

Data wpływu wniosku
(wypełnia PCPR)

Nr kolejny wniosku
(wypełnia PCPR)

**WNIOSEK
O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB
NIEPEŁNOSPRAWNYCH ZAKUPU SPRZĘTU LUB WYKONANIA USŁUG Z ZAKRESU
LIKWIDACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ**

I. Dane Wnioskodawcy

Dane osoby dorosłej lub małoletniej ubiegającej się o dofinansowanie:

Imię.....	PESEL L L L L L L L L L L
Nazwisko.....	
Adres zamieszkania: miejscowość..... ul..... kod pocztowy..... poczta.....	Seria i nr dowodu wydany przez
Nazwa banku..... Nr konta bankowego.....	Tel..... Tel. kom.....

Przedstawiciel ustawy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik

Imię.....	PESEL L L L L L L L L L L
Nazwisko.....	
Adres zamieszkania: miejscowość..... ul..... kod pocztowy..... poczta.....	Seria i nr dowodu wydany przez
Nazwa banku..... Nr konta bankowego.....	Tel..... Tel. kom.....

Opiekun prawny ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego w z dnia
sygnatura akt i nieodwołany na dzień składania wniosku*

Pełnomocnik na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dnia
rep. nr i nieodwołany na dzień składania wniosku*

* właściwie wypełnić

II. Stopień niepełnosprawności*

znaczny - (inwalidzi I grupy, osoby całkowicie niezdolne do pracy i samodzielnej egzystencji oraz osoby o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny na podstawie orzeczenia wydanego przed 1998 r.)	
umiarkowany - (inwalidzi II grupy, osoby całkowicie niezdolne do pracy)	
lekki - (inwalidzi III grupy, osoby częściowo niezdolne do pracy oraz osoby stale lub długotrwanie niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym na podstawie orzeczenia wydanego przed 1998 r.)	
osoby w wieku do lat 16 z orzeczeniem o niepełnosprawności	

III. Przyczyna niepełnosprawności*

upośledzenie umysłowe	
choroby psychiczne	
zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	
choroby narządu wzroku	
upośledzenie narządu ruchu	
epilepsja	
choroby układu oddechowego i krążenia	
choroby układu pokarmowego	
choroby układu moczowo-płciowego	
choroby neurologiczne	
inne: w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego	
całościowe zaburzenia rozwojowe	

IV. Sytuacja zawodowa*

zatrudniony**/ prowadzący działalność gospodarczą**	
bezrobotny***/ poszukujący pracy***	
rencista**/ emeryt** nie zainteresowany podjęciem pracy	
młodzież od lat 18-26 ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca	
dzieci i młodzież do lat 18	
inna – jaka?	

V. Informacja o korzystaniu ze środków finansowych PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków finansowych PFRON*		<input type="checkbox"/> tak		<input type="checkbox"/> nie	
cel lub nazwa zadania, w ramach którego przyznana została pomoc	data zawarcia umowy	nr umowy	kwota przyznanego dofinansowania	stan rozliczenia	

* wstawić X we właściwej rubryce

** właściwe podkreślić

*** zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy

VI. Przedmiot dofinansowania (należy podać nazwę urządzenia lub rodzaj usługi)

VII. Cel dofinansowania (uzasadnienie składanego wniosku, wskazanie istniejących barier)

VIII. Miejsce realizacji zadania (adres)

IX. Przewidywany koszt realizacji zadania..... zł

X. Wnioskowana kwota dofinansowania (max 95% przewidywanego kosztu) zł

XI. Deklarowany udział własny (min 5% przewidywanego kosztu) zł

XII. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania zadania

XIII. Termin rozpoczęcia realizacji zadania

XIV. Przewidywany termin zakończenia realizacji zadania

XV. Oświadczenia Wnioskodawcy

1. Oświadczenie co następuje:

Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym (uprawniony oraz jego współmałżonek/ małżonka i dzieci)	
w tym liczba osób niepełnosprawnych , pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym*	
Miesięczny dochód** mojej rodziny obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek	
Miesięczny dochód w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego	

* **Liczba osób niepełnosprawnych**, w tym pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

W przypadku gdy w gospodarstwie domowym zamieszkują oprócz Wnioskodawcy inne osoby z orzeczonym stopniem niepełnosprawności, wskazane jest dołączenie kopii orzeczenia o niepełnosprawności osoby wspólnie gospodarującej, a także zgody na przetwarzanie danych osobowych (wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 1 do wniosku).

** **Miesięczny dochód w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego** w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych **to dochód** pomniejszony o obciążenia zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz 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 kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

- Oświadczam, iż nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON, w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
- Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią procedury załączonej do wniosku.
- Oświadczam, iż jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 i 297 § 1 i 2 Kodeksu Karnego za składanie nieprawdziwych danych.

5. Zgodnie z art. 6 pkt 1 lit. a i c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. wyrażam zgodę na przetwarzanie ww. danych osobowych dotyczących mojej osoby (mojego małoletniego dziecka) przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wolsztynie do celów związanych z realizacją dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do likwidacji barier w komunikowaniu się.
6. Przyjmuję do wiadomości, że złożony przeze mnie wniosek o uzyskanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do likwidacji barier w komunikowaniu się zostanie rozpatrzony po otrzymaniu z PFRON informacji o wysokości środków i uchwaleniu przez Radę Powiatu Wolsztyńskiego planu finansowego na bieżący rok.
7. Przyjmuję do wiadomości, że złożenie wniosku o dofinansowanie nie jest równoznaczne z jego przyznaniem.
8. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku powzięcia wątpliwości odnośnie podanych we wniosku o dofinansowanie danych, w szczególności co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, PCPR wezwie Wnioskodawcę do złożenia wyjaśnień lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.
9. Przyjmuję do wiadomości, że nieusunięcie uchybień, w tym niedostarczenie załączników w terminie 30 dni od dnia poinformowania Wnioskodawcy o występujących we wniosku uchybieniach, spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.
10. O wszelkich zaistniałych zmianach mających wpływ na realizację wniosku zobowiązuję się powiadomić Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wolsztynie w terminie 14 dni.

.....
data

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy*, opiekuna prawnego*
pełnomocnika*, przedstawiciela ustawowego*

.....
data

.....
pieczętka i podpis osoby przyjmującej oświadczenie

* niepotrzebne skreślić

ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU

L.p.	Nazwa załącznika	Wypełnia pracownik PCPR		
		Załączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi/
1.	Kopie dokumentów potwierdzających niepełnosprawność Wnioskodawcy, a także innych osób z orzeczoną stopniem niepełnosprawności zamieszkujących z Wnioskodawcą, jeśli dotyczy – wymagane.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Zgoda na przetwarzanie danych osobowych osoby niepełnosprawnej wspólnie gospodarującej z Wnioskodawcą, jeśli dotyczy (wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 1 do wniosku).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Aktualne zaświadczenie lekarskie (czytelne w języku polskim) zawierające szczegółowe uzasadnienie, że osoba ma trudności w porozumiewaniu się i przekazywaniu informacji w związku z istniejącą niepełnosprawnością – ważne 3 miesiące od daty wystawienia (wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 2 do wniosku).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Zaświadczenie innego specjalisty (pedagoga, logopedy, psychologa) o wskazaniach do korzystania ze sprzętu w celu likwidacji barier w komunikowaniu się – w przypadku korzystania z jego porad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	W przypadku osób uczących się zaświadczenie o pobieraniu nauki.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania, jeśli dotyczy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	W przypadku ustanowienia opieki prawnej kopia postanowienia oraz zaświadczenia sądu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	W przypadku osób niezdolnych do samodzielnego złożenia podpisu kopia pełnomocnictwa notarialnego.			
9.	Oferta cenowa lub faktura proforma dotycząca przedmiotu dofinansowania.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Klauzula informacyjna (wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 3 do wniosku).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

.....
pieczętka i podpis pracownika PCPR

OGÓLNE ZASADY DOFINANSOWANIA

1. Podstawę dofinansowania stanowi umowa zawarta przed zakupem sprzętu między Starostą Wolsztyńskim reprezentowanym przez Dyrektora PCPR a Wnioskodawcą.
2. Dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się nie przysługuje osobom niepełnosprawnym, które w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku uzyskały odpowiednio na ten cel dofinansowanie ze środków PFRON.
3. Wysokość dofinansowania wynosi do 95% średnich kosztów zakupu, nie więcej jednak niż do wysokości 15-krotnego przeciętnego wynagrodzenia.
4. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie.
5. Dofinansowanie do likwidacji barier w komunikowaniu się nie przysługuje osobie niepełnosprawnej, która ma zaległości wobec PFRON lub była w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie tej osoby.
6. Jeżeli Wnioskodawca zmarł przed rozpatrzeniem wniosku, nie podlega on dalszemu rozpatrzeniu. Jeżeli Wnioskodawca zmarł po podpisaniu umowy, a przed jej zakończeniu, dofinansowanie za zakupiony sprzęt lub wykonane usługi przed dniem zgonu Wnioskodawcy nie zostanie wypłacone.

PROCEDURY DOTYCZĄCE LIKWIDACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ

1. Po pobraniu wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON zakupu sprzętu lub wykonania usług z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się, Wnioskodawca wypełnia druk oraz składa podpis w wyznaczonym miejscu.
2. Wnioskodawca składa w siedzibie PCPR w Wolsztynie, ul. Marcinkowskiego 6, pokój nr 2, wniosek o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się dołączając:
 - Kopie dokumentów potwierdzających niepełnosprawność Wnioskodawcy, a także innych osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności zamieszkujących z Wnioskodawcą, jeśli dotyczy – wymagane.
 - Zgodę na przetwarzanie danych osobowych osoby niepełnosprawnej wspólnie gospodarującej z Wnioskodawcą, jeśli dotyczy (wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 1 do wniosku).
 - Aktualne zaświadczenie lekarskie (**czytelne w języku polskim**), zawierające szczegółowe uzasadnienie, że osoba ma trudności w porozumiewaniu i przekazywaniu informacji w związku z istniejącą niepełnosprawnością – ważne 3 miesiące od daty wystawienia (wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 2 do wniosku).
 - Zaświadczenie innego specjalisty (pedagoga, logopedy, psychologa) o wskazaniach do korzystania ze sprzętu w celu likwidacji barier w komunikowaniu się – w przypadku korzystania z jego porad.
 - W przypadku osób uczących się zaświadczenie o pobieraniu nauki.
 - Udokumentowaną informację o innych źródłach finansowania zadania, jeśli dotyczy.
 - W przypadku ustanowienia opieki prawnej kopię postanowienia oraz zaświadczenia sądu.
 - W przypadku osób niezdolnych do samodzielnego złożenia podpisu kopię pełnomocnictwa notarialnego.
 - Ofertę cenową lub fakturę proforma dotyczącą przedmiotu dofinansowania.
 - Klauzulę informacyjną (wg wzoru stanowiącego załącznik nr 3 do wniosku).
3. Złożony wniosek zostanie rozpatrzony przy uwzględnieniu procedury rozpatrywania wniosków przez PCPR, z zastrzeżeniem, iż wniosek będzie rozpatrzony po otrzymaniu z PFRON informacji o wysokości środków i uchwaleniu przez Radę Powiatu Wolsztyńskiego planu finansowego na bieżący rok.
4. Po otrzymaniu informacji o dofinansowaniu, Wnioskodawca jest zobowiązany stawić się z dowodem osobistym w wyznaczonym terminie do siedziby PCPR w celu podpisania umowy.
5. Wnioskodawca podpisuje umowę osobiście, uprzednio przedkładając pracownikowi PCPR dowód osobisty.
6. Po podpisaniu umowy, Wnioskodawca dokonuje zakupu sprzętu wpłacając udział własny. W wyznaczonym terminie jest zobowiązany dostarczyć oryginał faktury i dowód wpłaty do siedziby PCPR.
7. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie przekazuje przyznane środki po weryfikacji faktur w terminie 14 dni od otrzymania w/w dokumentów rozliczeniowych (oryginały faktur po opisaniu zostają zwrócone Wnioskodawcy) oraz przedłożonym przez Wnioskodawcę oświadczeniu z podanym nr konta, na które zostaną przekazane środki PFRON.

.....
Miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych osoby niepełnosprawnej wspólnie gospodarującej
z Wnioskodawcą (o ile dotyczy)**

Zgodnie z art. 6 pkt 1 lit. a i c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w dokumentacji dotyczącej wniosku o dofinansowanie do likwidacji barier w komunikowaniu się Wnioskodawcy

.....
(Imię i nazwisko Wnioskodawcy)

.....
czytelny podpis

.....
Miejscowość, data

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wolsztynie
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko PESEL

Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność
Pacjenta dotyczy (*właściwe zaznaczyć):

- dysfunkcji narządu ruchu:
- z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim przy pomocy innych osób,
- z możliwością samodzielnego poruszania się na wózku inwalidzkim,
- osoby ze znacznym niedowładem kończyn dolnych,
- osoby z dysfunkcją narządu słuchu: głuchej, niedosłyszącej,
- osoby niemej,
- osoby z dysfunkcją narządu wzroku: niewidomej, niedowidzącej,
- innej dysfunkcji

3. Szczegółowe uzasadnienie, że osoba ma trudności w porozumiewaniu i przekazywaniu informacji w
związku z istniejącą niepełnosprawnością:

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

.....
pieczętka i podpis lekarza specjalisty

KLAUZULA INFORMACYJNA

Treść klauzuli

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wolsztynie, ul. Marcinkowskiego 6, 64-200 Wolsztyn,
2. kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – Marcin Kosicki iod@presstu.pl,
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych zadań urzędu - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. a i c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz na podstawie Art. 9 ust.1 lit. g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r., Ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2020 r., poz. 920), Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r., poz. 1876), Ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2020 r., poz. 821), Ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 869), Ustawy z dnia 21 listopada 2008 r. o pracownikach samorządowych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1282), Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r., poz. 426 z późn. zm.),
4. odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa,
5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z instrukcją kancelaryjną,
6. posiada Pani/Pan prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie,
7. ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego,
8. podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem Ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2020 r., poz. 920), Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r., poz. 1876), Ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2020 r., poz. 821), Ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 869), Ustawy z dnia 21 listopada 2008 r. o pracownikach samorządowych (Dz. U. z 2019, poz. 1282), Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r., poz. 426 z późn. zm.) jest obligatoryjne, w pozostałych przypadkach dobrowolne.

.....
data

.....
czytelny podpis