Data wpływu kompletnego wniosku

Numer sprawy

Pieczęć PCPR

# W N I O S E K

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych w związku
z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych**

***Uwaga!! Przed wypełnieniem niniejszego wniosku należy zapoznać się z Regulaminem przyznawania dofinansowania na likwidację barier technicznych w Powiecie Tucholskim***

|  |
| --- |
| **I. Wnioskodawca** (proszę wypełnić drukowanymi literami) |
| 1. Imię (imiona) i nazwisko | 2. Imię ojca |
| 3. Dowód osobistyseria nr wydany w dniu przez  |
| ważny do | 4. Nr PESEL |
| 5. **Adres zamieszkania** |
| Ulica | nr domu | nr mieszkania |
| Miejscowość | kod pocztowy | Powiat | Województwo |
| telefon (z nr kier.) | telefon komórkowy |

**I.A. Proszę o dofinansowanie**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

I.B. Rodzaj niepełnosprawności2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim lub wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk |  |
| 2 | Inna dysfunkcja narządów ruchu |  |
| 3 | Dysfunkcja narządu wzroku |  |
| 4 | Dysfunkcja narządów słuchu i mowy |  |
| 5 | Deficyt rozwojowy(upośledzenie umysłowe) |  |
| 6 | Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia i inne |  |
|  |

**II. Sytuacja zawodowa**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Zatrudniony\*/ prowadzący działalność gospodarczą\* |  |
| 2 | Osoba w wieku od lat 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. | Osoby utrzymujące się z zasiłków z pomocy społecznej |  |
| 5 | Dzieci, młodzież do lat 18 |  |
|  |

\*niepotrzebne skreślić strona 1

### III. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Na likwidację barier architektonicznych/technicznych korzystałem\łam1: | TAK |  | NIE |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Numer umowy | Cel umowy | Data przyznanego dofinansowania | Kwota przyznanego dofinansowania | Stan rozliczenia |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |

### IV. Deklarowany udział własny Wnioskodawcy i/lub sponsora

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania – ponad obowiązkowe 20 % |  …………% |
| 2 | Deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania | ………… % |
|  |

VII. Uzasadnienie wniosku

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**VIII. Przewidywany koszt realizacji zadania:**

Kwota: ………………………….……. zł

**IX. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania (maksymalnie 80%):**

Kwota: .…………………………... zł

**Świadomy/a/ odpowiedzialności karnej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U. Nr88, poz. 553, z pózn. zm.) za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się niezwłocznie poinformować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Tucholi.**

 …………………………………………………………………….

 (podpis Wnioskodawcy\*, przedstawiciela ustawowego\*,

 opiekuna prawnego\*, pełnomocnika)

\*niepotrzebne skreślić strona 2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **Przedstawiciel ustawowy, opiekun prawny lub pełnomocnik** |
| 1. Imię (imiona) i nazwisko | 2. Imię ojca |
| 3. Dowód osobistyseria nr wydany w dniu przez  |
| Ważny do | 4. Nr PESEL |
| 5. Adres zamieszkania |
| Ulica | nr domu | nr mieszkania |
| Miejscowość | kod pocztowy | Powiat | Województwo |
| telefon (z nr kier.) | telefon komórkowy |
| Ustanowiony opiekunem\ pełnomocnikiem na podstawie  |

OŚWIADCZENIE Niniejszym oświadczam, że Ja .....................................................................................................................................................*(imię i nazwisko)*posiadam środki finansowe na wkład własny w wysokości wymaganej w realizacji ......................................................................................................................................................................…………………………………………………………………………………………………..*(podać cel dofinansowania)*  ...................................... ....................................................................  *(miejscowość, data)*  *(podpis Wnioskodawcy\*, przedstawiciela ustawowego\*,*  *opiekuna prawnego\*, pełnomocnika)* \*niepotrzebne skreślić strona 3 |

**OŚWIADCZENIE**

Niniejszym oświadczam, że **miesięczny dochód**, w rozumieniu przepisów (Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON), podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony **za kwartał poprzedzający miesiąc** złożenia wniosku wynosił ……………………..….zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi ………………………………..

Świadomy/a/ odpowiedzialności karnej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U. Nr88, poz. 553, z pózn. zm.) za składanie fałszywych zeznań oświadczam,
 że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się niezwłocznie poinformować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Tucholi.

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

 *(data, podpis osoby składającej oświadczenie*

 *tj. wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego)*

**OŚWIADCZENIE**

Wyrażam zgodę na przekazanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na niżej podany numer konta bankowego.

|  |
| --- |
| Nazwa banku obsługującego Wnioskodawcę: |
| Nazwa właściciela/li nr rachunku bankowego: |
| Numer rachunku bankowego: |

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

 (*data, miejscowość*) *(czytelny podpis wnioskodawcy/*

 *przedstawiciela ustawowego)*

 strona 4

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻANIU ZGODY NA PRZETWARZANIE
DANYCH OSOBOWYCH**

Nazwisko i imię…………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania……………………………………………………………………………

Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych

(Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) informujemy, że:

* Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane dla celów związanych z udzieleniem Panu/Pani poradnictwa specjalistycznego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
w Tucholi, ul. Pocztowa 7, 89-500 Tuchola.
* Podanie danych osobowych jest dobrowolne, a ich prawdziwość i aktualność ma wpływ
na merytoryczność porady uzyskanej w ramach udzielonego wsparcia.
* Ma Pan/Pani prawo wglądu do treści swoich danych osobowych oraz prawo do ich poprawiania.
* Podanie danych osobowych jest dobrowolne. Odmowa podania danych osobowych jest równoznaczna z brakiem możliwości uzyskania dofinansowania w ramach PFRON.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie moich danych osobowych na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych
(Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) dla celów związanych
z udzielaniem dofinansowania w ramach PFRON prowadzonego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Tucholi.

………………………………………… ………….………………………

 *Podpis pracownika Data i podpis składającego*

 *przyjmującego oświadczenie oświadczenie*

 strona 5

Załącznik do

wniosku na likwidację barier technicznych

pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

wydane dla potrzeb PCPR w Tucholi

/PROSZĘ O WYPEŁNIENIE ZAŚWIADCZENIA W JĘZYKU POLSKIM/

Imię i nazwisko ……………………………………………………………………………………..

Data urodzenia …………………………………… PESEL ……………………………………..

Adres ……………………………………………………………………………………………………

**Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji\***

 dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się:

 na wózku inwalidzkim

 na stałe

 okresowo

 za pomocą kul

 za pomocą balkoniku

 osoba leżąca

 inna dysfunkcja narządu ruchu

 wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk

 dysfunkcja narządu wzroku

 dysfunkcja narządu słuchu i mowy

 deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe

 inne (podać jakie) ………………………………………………………………………………………….

Rozpoznanie i opis choroby zasadniczej

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Opis schorzenia będącego przyczyna niepełnosprawności:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Pacjent **wymaga \ nie wymaga\*\*** przystosowania budynku mieszkalnego i jego najbliższego otoczenia stosownie do potrzeb jego niepełnosprawności

Data ………………………………….. ………………………………………….

  **Podpis i pieczątka lekarza specjalisty**

\* właściwe zaznaczyć

\* niepotrzebne skreślić

 strona 6

**Załączniki do wniosku:**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Wykaz załączników*** | ***Dostarczono******TAK/NIE*** |
| 1. Kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz., 776 z poźn. zm.), a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopie orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r. **(oryginał do wglądu**) |  |
| 2. Kopia orzeczeń, o których mowa wyżej, osób niepełnosprawnych zamieszkałych wspólnie z wnioskodawcą, w przypadku takich osób, |  |
| 3 Aktualne zaświadczenie lekarskie, wypełnione przez lekarza specjalistę zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności i potwierdzające konieczność zaopatrzenia w przedmiot wniosku (załącznik do wniosku), |  |

**Wniosek niekompletny Stwierdzam kompletność**

……………………………………….. …………………………………………

/data i podpis/ /data i podpis/

**Adnotacje przyjmującego wniosek:**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…**

**Opinia merytoryczna, co do kompletności wniosku oraz zasadności zaproponowanego przez wnioskodawcę zakresu zadania:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 ………………………….

 /data i podpis/

 **Etap II**

**Opinie merytoryczna, co do poprawności rozwiązań technicznych i kosztów oraz zgodności z katalogiem likwidacji barier:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 ……………………………..

 /data i podpis/

 **Decyzja o przyznaniu dofinansowania:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………......................................................................................................................................................................................................

 …………………………..

 /data i podpis/

 strona 7