

POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE
60-823 Poznań, ul. Słowackiego 8
Tel. 61 22-22-906;

.....
pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

...../...../.....
nr kolejny wniosku powiat rok złożenia wniosku

.....
data wpływu kompletnego wniosku(dzień, miesiąc, rok)

W N I O S E K

o dofinansowanie zakupu urządzeń (wraz z montażem) lub wykonania usług z zakresu likwidacji BARIER TECHNICZNYCH ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Informacje o Wnioskodawcy

I. Wnioskodawca (osoba dorosła lub małoletnia) - proszę wypełniać drukowanymi literami

.....imiona rodziców
imię i nazwisko

..... ul. nr domu nr lokalu
miejsowość
adres zamieszkania

nr kodu - poczta

nr PESEL nr tel/fax (nr kier).....

nazwa banku i nr konta bankowego

II. Stopień niepełnosprawności ⁽¹⁾

1. znaczny /inwalidzi I grupy, osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolnej do samodzielnej egzystencji	
· osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny /orzeczone przed 1998r.	
2. umiarkowany / inwalidzi II grupy, osoby całkowicie niezdolne do pracy	
· inwalidzi III grupy ze względu na głuchotę lub głuchoniemotę	
3. lekki /pozostali inwalidzi III grupy, osoby częściowo niezdolne do pracy	
· osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym /orzeczone przed 1998r.	
4. osoby w wieku do lat 16 z orzeczeniem o niepełnosprawności	

(1) wstawić X we właściwej rubryce

III. Rodzaj niepełnosprawności⁽¹⁾

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. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
punktacja (uwzględniająca stopień i rodzaj niepełnosprawności)	

(1) wstawić X we właściwej rubryce

IV. Sytuacja zawodowa⁽¹⁾

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. dzieci i młodzież do lat 18	

(1) wstawić X we właściwej rubryce/odpowiednie podkreślić

V. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

	TAK korzystano		NIE korzystano	
	Wstawić X we właściwej rubryce			
	rok	nr umowy	kwota	rozliczone
na likwidację architektonicznych				
na likwidację barier technicznych				
na likwidację barier w komunikowaniu się				
na zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny				
Inne PFRON				

VI. Proszę o dofinansowanie

.....

.....

nazwa urządzenia, montaż, rodzaj usługi

VII. Miejsce realizacji zadania, cel likwidacji barier – wyczerpujące uzasadnienie

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

VIII. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę

(do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc złożenia wniosku)

.....zł.

IX. Informacja o ewentualnym dofinansowaniu z innych źródeł, przeznaczonym na ten sam cel.

.....

X. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowaniazł.

słownie:zł.

co stanowi% ceny brutto.

Upředzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1,2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U. nr 88, poz. 553) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i uchwaleniu planu finansowego na dany rok.

* niepotrzebne skreślić

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

Załączniki do wniosku:

1. Kopia dokumentu potwierdzająca niepełnosprawność Wnioskodawcy (**oryginał do wglądu**).
2. Kopia dokumentu potwierdzająca niepełnosprawność (oryginał do wglądu) osoby/osób niepełnosprawnych pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające opis niepełnosprawności i szczegółową informację, że zakup lub montaż urządzeń jest uzasadniony potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności (wg wzoru stanowiącego załącznik nr 1 wniosku).
4. Oferta cenowa od sprzedawcy.

Ogólne zasady dofinansowania

1. Podstawę dofinansowania stanowi umowa zawarta między Starostą Poznańskim a Wnioskodawcą,
2. Dofinansowanie likwidacji barier technicznych nie przysługuje osobom niepełnosprawnym, które w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku uzyskały odpowiednio na te cele 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 do likwidacji barier technicznych 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,
5. **Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie**

Równocześnie oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią zasad dofinansowania załączonych do wniosku.

****Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat trzech.**

.....
(podpis Wnioskodawcy)

**KARTA WERYFIKACJI I OCENY WNIOSKÓW O DOFINANSOWANIE LIKWIDACJI BARIER
TECHNICZNYCH
(wypełnia pracownik PCPR)**

Wniosek nr.....złożony.....

Imię i nazwisko wnioskodawcy.....

I. WERYFIKACJA WNIOSKU

1. Orzeczenie (rodzaj).....
2. Ważne do.....
3. Przyczyny niepełnosprawności.....
.....
4. Korzystanie ze środków PFRON.....
.....
.....

II. WERYFIKACJA DOCHODU

Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym	
Miesięczny dochód rodziny	
Miesięczny dochód w przeliczeniu na jednego członka w rodzinie	

III. OPINIA

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

Likwidacja barier technicznych – wykonanie prac lub zakup urządzeń umożliwiających lub ułatwiających osobie niepełnosprawnej wykonanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem, jeżeli jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności.

.....
Miejscowość i data

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA
dotyczące likwidacji barier technicznych

Imię i nazwisko.....PESEL.....

Adres zamieszkania.....

I. Przyczyny niepełnosprawności (wstawić X w odpowiednim polu)

1. upośledzenie umysłowe	
2. choroby psychiczne	
3. zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	
4. choroby narządu wzroku	
5. upośledzenie narządu ruchu	
6. epilepsja	
7. choroby układu oddechowego	
8. choroby układu pokarmowego	
9. choroby układu moczowo - płciowego	
10. choroby neurologiczne	
11. inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenie, choroby układu krwiotwórczego	
12. częściowe zaburzenia rozwoju.	

II. Opis niepełnosprawności:

.....
.....

III. Szczegółowe uzasadnienie, że osoba ma trudności w wykonywaniu czynności życiowych w związku z istniejącą niepełnosprawnością:.....

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

.....
Pieczętka i podpis lekarza