

**WNIOSEK
O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU
REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH KOSZTÓW LIKWIDACJI
BARIER**

TECHNICZNYCH **W KOMUNIKOWANIU SIĘ**

UWAGA! Dofinansowanie nie obejmuje kosztów poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy ze Starostą

I. Dane dotyczące Wnioskodawcy:

1. **Imię i nazwisko**

Data urodzenia: nr PESEL

2. **Adres zamieszkania:**

miejsowość ul.nr domu/lokalu

kod - poczta

3. **Numer telefonu:**

4. **Numer konta bankowego:**

Nazwa banku:

5. **W przypadku, gdy osobą niepełnosprawną, której dotyczy wniosek jest dziecko w wieku do 18 lat, należy podać:**

Imię i nazwisko dziecka:

Datę urodzenia dziecka: nr PESEL

6. **Oświadczenie o dochodach:**

Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

Przeciętny **miesięczny dochód** (netto), w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych*, **w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego**, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wyniósł zł.

7. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON:

Czy Wnioskodawca, w okresie 3 lat poprzedzających złożenie wniosku, korzystał z dofinansowania ze środków PFRON, w tym przekazanych przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych?

- NIE – proszę przejść do następnego pytania
 TAK – proszę wypełnić poniższą tabelę

cel dofinansowania	data i numer umowy	kwota przyznanego dofinansowania	Kwota rozliczona

II. Informacje dotyczące przedmiotu wniosku:

1. Przedmiot wniosku:

lp.	Nazwa urządzenia lub rodzaj usługi	ilość sztuk	orientacyjna cena
Łączny przewidywany koszt zakupu urządzeń:			

2. Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRONzł
 (słownie:zł)

[wysokość dofinansowania kosztu likwidacji barier wynosi do 95% kosztu realizacji zadania, nie więcej jednak niż do wysokości piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia.]

UWAGA! Dofinansowanie nie obejmuje kosztów poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy ze Starostą

3. Oświadczam że posiadam środki własne w wysokości nie mniejszej niż 5 % kosztów zadania związanego z likwidacją barier technicznych/lub/ w komunikowaniu się
 TAK NIE

4. Oświadczam, że posiadam środki finansowe z innych źródeł na dofinansowanie do likwidacji barier funkcjonalnych w wysokościzł
 (słownie:.....)
 TAK NIE

5. Udokumentowane źródło pochodzenia środków.....

3. Miejsce realizacji zadania (instalacji urządzenia/wykonania usługi):

miejsowość ul. nr domu/lokalu

4. Termin realizacji zadania:

Termin rozpoczęcia przewidywany czas realizacji zadania

5. Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania (do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek) wraz z podaniem dotychczasowych źródeł ich finansowania:

.....
.....

6. Uzasadnienie, wynikającej z niepełnosprawności, potrzeby zakupu urządzenia lub wykonania usługi:

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

Oświadczam, że:

1. informacje podane we wniosku i w załącznikach są zgodne z prawdą,
2. o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować PCPR w ciągu 14 dni,
3. że nie byłam/em w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązaną z przyczyn leżących po mojej stronie i nie posiadam zaległości wobec PFRON,

Data:

.....
(podpis Wnioskodawcy lub przedstawiciela
ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Targu dodatkowych danych osobowych tj. daty urodzenia w celu weryfikacji danych, numeru telefonu w celu przekazywania informacji dotyczących prowadzonego postępowania.

Zgoda jest wyrażana dobrowolnie i można ją wycofać w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Data:

.....
(podpis Wnioskodawcy lub przedstawiciela
ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika)

Klauzula informacyjna

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Targu, ul. Szaflarska 39, 34-400 Nowy Targ, kontakt mailowy pod adresem: pcpr@nowotarski.pl.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: iod@nowotarski.org.pl
3. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości prawnych zrealizowania Pani/Pana żądania.
4. Dane zgromadzone na podstawie Pani/Pana zgody przetwarzane będą w celu weryfikacji Pani/Pana danych, przekazywania informacji dotyczących prowadzonego postępowania oraz przekazania przyznanego dofinansowania.
5. Ma Pan/Pani prawo do dostępu do swoich danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, a także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych.
6. Więcej informacji znajduje się na stronie www.pcpr.nowotarski.pl oraz w siedzibie jednostki.

Załączniki:

1. kopia ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego, a w przypadku dzieci do lat 16 kopia ważnego orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu),
2. w przypadku gdy wnioskodawca działa przez opiekuna prawnego do wniosku należy załączyć kopię postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu)
3. kosztorys (faktura pro forma) wystawiony na Wnioskodawcę zawierający informację o typie sprzętu i całkowitym koszcie jego zakupu (załącznik nr 1 do wniosku),
4. zaświadczenie wydane przez lekarza, zawierające szczegółowy opis schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności (wypełnione czytelnie w języku polskim) – załącznik nr 2.

** Miesięczny dochód w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych to suma dochodów wszystkich członków gospodarstwa domowego pomniejszonych o obciążenia zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach 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.*

.....
(miejscowość, data)

KOSZTORYS
(*prosimy wypełniać czytelnie*)

Imię i nazwisko Wnioskodawcy

adres zamieszkania

Specyfikacja przedmiotu dofinansowania:

Lp.	Nazwa urządzenia	typ urządzenia	Ilość	cena jednostkowa	wartość

.....
(pieczęć i podpis sprzedawcy)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA

dotyczące likwidacji barier w komunikowaniu się/ barier technicznych

Imię i nazwisko:.....

PESEL:.....

Adres zamieszkania:.....

I. Przyczyna niepełnosprawności (wstawić x we właściwe rubryki)

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 i krążenia	
8. choroby układu pokarmowego	
9. choroby układu moczowo-płciowego	
10. choroby neurologiczne	
11. inne	
12. całościowe zaburzenie rozwojowe	

II. Opis niepełnosprawności:

.....
.....

III. Używane zaopatrzenie ortopedyczne:

IV. Szczegółowe uzasadnienie, że osoba ma trudności w porozumiewaniu się i przekazywaniu informacji/ wykonywaniu podstawowych czynności życiowych w związku z istniejącą niepełnosprawnością:

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

.....
Miejscowość i data

.....
(pieczętka i podpis)