POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W TRZCIANCE ul. Mickiewicza 50 tel. 660-492-421

WPŁYNĘŁO DATA: ……

NUMER: …….ON/2020

PCPR. 546. .2020

WNIOSEK

o dofinansowanie zakupu sprzętu lub wykonania usług z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

I. Informacja o Wnioskodawcy

1. Osoba niepełnosprawna:

Imię:	**Nazwisko:**
PESEL:	**Nr telefonu:**
Adres zamieszkania	
Miejscowość:	**Ulica i numer domu/lokalu:**
Kod pocztowy: __ __ - __ __ __	**Poczta:**
Adres do korespondencji	
Miejscowość:	**Ulica i numer domu/lokalu:**
Kod pocztowy: __ __ - __ __ __	**Poczta:**
Nazwa banku:	**Numer rachunku bankowego:** __

2. Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego dziecka), opiekun prawny lub pełnomocnik:

Imię:	**Nazwisko:**
PESEL:	**Nr telefonu:**
Adres zamieszkania	
Miejscowość:	**Ulica i numer domu/lokalu:**
Kod pocztowy: __ __ - __ __ __	**Poczta:**
Ustanowiony opiekunem* postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia __ __ -- __ __ -- __ __ __ __ (dd-mm-rrrr) **Sygnatura akt: _____**	
Na mocy pełnomocnictwa* potwierdzonego przez Notariusza z dnia __ __-- __ __ -- __ __ __ __ (dd-mm-rrrr) **repet. nr: _____**	

* *niewłaściwe skreślić*

II. Stopień niepełnosprawności*

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 (orzeczenie wydane przed 01.01.1998 r.)	
2.	**umiarkowany** / inwalidzi II grupy / osoby całkowicie niezdolne do pracy	
3.	**lekki /** inwalidzi III grupy / osoby częściowo niezdolne do pracy	
	osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym (orzeczenie wydane przed 01.01.1998 r.)	
4.	osoby w wieku do lat 16 z orzeczeniem o niepełnosprawności	

ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WAŻNE DO: ……./NA STAŁE

III. Przyczyna niepełnosprawności*

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; w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego	
12.	całościowe zaburzenia rozwojowe	

IV. Korzystanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych:

☐ **NIE** ☐ **TAK**

Nr umowy	Data przyznania dofinansowania	Kwota dofinansowania	Cel	Stan rozliczenia

**** wstawić X we właściwej rubryce***

V. Przedmiot dofinansowania / przewidywany koszt realizacji zadania

(wykaz planowanych zakupów w celu likwidacji barier w komunikowaniu się i przewidywany koszt) w kolejności od najważniejszego dla Wnioskodawcy:

Nazwa urządzenia, rodzaj usługi:
Cena brutto łącznie (w zł):

VI. Miejsce realizacji zadania (adres zamieszkania):

VII. Cel dofinansowania (jakie efekty zostaną uzyskane w wyniku likwidacji barier)**:**

VIII. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na ww. cel:

IX. Przewidywany termin rozpoczęcia i zakończenia zadania:

od:	**do:**

X. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania (w zł):

słownie:

XI. Informacja o ewentualnym dofinansowaniu z innych źródeł, przeznaczonym na ten cel:

XII. Oświadczenia wnioskodawcy:

1. **Oświadczam co następuje:**

Liczba osób 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	

***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 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.*

2. **Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i nie byłam/em w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowania ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.**

3. **Oświadczam, że posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach zadania.**

4. **Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Trzciance, ul. Mickiewicza 50, 64-980 Trzcianka, na potrzeby związane z realizacją wniosku. Informacja o sposobie przetwarzania danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Trzciance dostępna jest na stronie internetowej pod adresem: http://trzcianka.naszepcpr.pl/klauzula-informacyjna.**

5. **Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i uchwaleniu planu finansowego na rok 2020 przez Radę Powiatu Czarnkowsko-Trzcianeckiego.**

6. **Równocześnie oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią procedury załączonej do wniosku.**

……..…….…… ……

podpis i pieczątka osoby przyjmującej oświadczenie *podpis wnioskodawcy /osoby uprawnionej*

Załączniki do wniosku:

1. Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności.

2. Aktualne zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza specjalistę, zawierające opis niepełnosprawności i szczegółowe uzasadnienie, że osoba ma trudności w porozumiewaniu się i przekazywaniu informacji w związku z istniejącą przyczyną niepełnosprawności.

3. Oferta cenowa sprzedawcy.

Ogólne zasady dofinansowania:

1. Podstawę dofinansowania stanowi umowa między Starostą a Wnioskodawcą zawarta przed zakupem sprzętu.

2. Dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się nie przysługuje osobom niepełnosprawnym, które w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku uzyskały odpowiednio na te cele dofinansowaniem ze środków PFRON.

3. 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.

4. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów poniesionych przed przyznaniem dofinansowania.

Procedury dotyczące barier w komunikowaniu się

1. Wnioskodawca składa w siedzibie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Trzciance, ul. Mickiewicza 50, pokój nr 3, tel. 660-492-421 wniosek o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się dołączając:

- kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności,
- aktualne zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza specjalistę,
- ofertę cenową sprzedawcy.

2. Wniosek niekompletny wymaga uzupełnienia w terminie 30 dni od dnia otrzymania informacji o ww. Nieusunięcie braków w wyznaczonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.

3. Po złożeniu kompletnego wniosku Wnioskodawca zostaje poinformowany o wysokości dofinansowania do zakupu wnioskowanego sprzętu bądź urządzenia. Wysokość dofinansowania ustalana jest na podstawie przedstawionej przez Wnioskodawcę oferty cenowej.

4. Wnioskodawca wskazuje datę ostatecznego zakupu sprzętu i wyraża zgodę na warunki ujęte w piśmie informującym.

5. W terminie wskazanym w umowie, Wnioskodawca jest obowiązany dostarczyć oryginał faktury potwierdzającej zakup wnioskowanego sprzętu, z której wynika, że wkład własny został opłacony.

6. Po przedstawieniu dokumentów rozliczeniowych (m.in. oryginał faktury/rachunku) następuje przekazanie środków na konto sprzedawcy w terminie wskazanym na fakturze lub rachunku.

7. Po przekazaniu dofinansowania PCPR przesyła Wnioskodawcy pismo rozliczeniowe oraz oryginał faktury/ rachunku.

Wypełnia PCPR

☐ wniosek kompletny ☐ wniosek niekompletny

Załączniki	tak	nie	dostarczyć do dnia	dostarczono dnia
orzeczenie				
zaświadczenie lekarskie				
oferta cenowa				

Dokumenty	Data
umowa	
zgłoszenie zakończenia prac	
protokół odbioru	
przekazanie środków	

…….....……

pieczątka i podpis pracownika PCPR