

PCPR. 546. .2024

## WNIOSEK

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

### CZĘŚĆ A – DANE WNIOSKODAWCY

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY	
Imię i Nazwisko	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Ulica:	
Numer domu i lokalu	
Miejscowość i kod pocztowy:	
<input type="checkbox"/> adres do korespondencji taki sam jak zamieszkania	
Miejscowość i kod pocztowy:	
Ulica:	
Numer domu i lokalu	
DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY	
Imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Ulica:	
Numer domu i lokalu	
Miejscowość i kod pocztowy:	
STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	
<b>Znaczny</b> - 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.)	
<b>Umiarkowany</b> - inwalidzi II grupy oraz osoby całkowicie niezdolne do pracy)	
<b>Lekki</b> - pozostali 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.)	
osoba w wieku do lat 16 z orzeczeniem o niepełnosprawności.	
ŚREDNI DOCHÓD	
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie wynosi:	
w tym liczba osób niepełnosprawnych:	

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy: <i>(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)</i>	
--	--

**KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON**

Na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/technicznych ze środków finansowych PFRON:	<input type="checkbox"/> nie korzystałem/am <input type="checkbox"/> korzystałem/am
---	--

**CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON**

cel dofinansowania	numer umowy	data zawarcia umowy	kwota dofinansowania	stan rozliczenia

**CZĘŚĆ B – PRZEDMIOT WNIOSKU**

**PRZEDMIOT WNIOSKU**

Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:	
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%)	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:	
co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:	
Deklarowane środki własne:	
Inne źródła finansowania:	
Cel dofinansowania i uzasadnienie:	

**WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER**

Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:	
Miejsce realizacji zadania:	
Termin rozpoczęcia i zakończenia:	

## OPIS PONIESIONYCH NAKŁADÓW

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 finansowania.

## FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

przelew na konto Wnioskodawcy/ osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę

Właściciel konta (imię i nazwisko):

Nazwa banku:

Numer rachunku bankowego:

przelew na konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

## SYTUACJA ZAWODOWA

- zatrudniony/a/ prowadzący/a działalność gospodarczą
- osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
- bezrobotny/a poszukujący/a pracy
- rencista/tka poszukujący/a pracy
- rencista/tka/emeryt/ka nie zainteresowany/a podjęciem pracy
- dzieci i młodzież do lat 18
- inne/ jakie?.....

## OŚWIADCZENIE

1. W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków PFRON kwotą dofinansowania.
2. Uprzedzony/a o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zwarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.
3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.
4. 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.
5. 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](#).
6. Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i uchwaleniu planu finansowego na rok 2024r. przez Radę Powiatu Czarnkowsko- Trzcianieckiego.
7. Równocześnie oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią procedury załączonej do wniosku.

.....  
*podpis i pieczęć 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 szczegółową informację, jakie pacjent ma trudności w komunikowaniu się.
3. Imienna 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,
  - imienną 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 całość lub 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 bądź na konto wnioskodawcy w przypadku opłacenia całości faktury.
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 zakupu	
faktura	
przekazanie środków	
pismo rozliczeniowe	

.....  
*pieczętka i podpis pracownika PCPR*