

Wypełnia Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nidzicy

Nr sprawy PCPR.55.6.201.....

Wniosek kompletny przyjęto do PCPR w Nidzicy
w dn.

Pieczętka i podpis pracownika PCPR

W N I O S E K

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się

(proszę wypełnić drukowanymi literami)

I. Wnioskodawca:

Imię i nazwisko: Imię ojca:

Data i miejsce urodzenia:

PESEL: NIP:

Dowód osobisty; seria: nr: wydany w dniu:

przez: Nr telefonu:

Dokładny adres zamieszkania:

Nazwa i nr konta bankowego, na które ma zostać przekazane dofinansowanie:

Przedstawiciel ustawowy, rodzic (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik:

Imię i nazwisko: Imię ojca:

Data i miejsce urodzenia:

PESEL: NIP:

Dowód osobisty; seria: nr: wydany w dniu:

przez: Nr telefonu:

Dokładny adres zamieszkania:

ustanowiony opiekunem* / pełnomocnikiem*

(postanowienie Sądu Rejonowego z dn. sygn. akt:/

na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza

.... z dn. Repertorium nr

....).

I. A. Stopień niepełnosprawności: ⁽¹⁾

1. znaczny; inwalida I grupy; osoba całkowicie niezdolna do pracy i niezdolna do samodzielnej egzystencji; osoba stale albo długotrwale niezdolna do pracy w gospodarstwie rolnym, której przysługuje zasiłek pielęgnacyjny (orzeczenie wydane przed 1 stycznia 1998 r.); osoba w wieku do lat 16 z orzeczeniem o niepełnosprawności	
2. umiarkowany; inwalida II grupy; osoba całkowicie niezdolna do pracy	
3. lekki; inwalida III grupy; osoba częściowo niezdolna do pracy; osoba stale albo długotrwale niezdolna do pracy w gospodarstwie rolnym (orzeczenie wydane przed 1 stycznia 1998 r.)	

I. B. Rodzaj niepełnosprawności (określony w orzeczeniu): ⁽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	
5. dysfunkcja narządu mowy	
6. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
7. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

II. 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	

III. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnoprawnych:

Wyszczególnienie	nr i data zawarcia umowy	wysokość przyznanego dofinansowania
Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON: ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Korzystałem(am)* na: i rozliczyłem się zł
Korzystałem(am)* na: i jestem w trakcie rozliczenia zł
Korzystałem(am) na: i nie rozliczyłem się zł

IV. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą:
(w tym osoby niepełnosprawne)

Imię i nazwisko - pokrewieństwo	niepełnosprawność		Źródło dochodów	Dochód miesięczny netto ⁽⁴⁾ zł
	stopień ⁽²⁾	rodzaj ⁽³⁾		
Dane dotyczące Wnioskodawcy:				
1.				
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego:				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
Razem dochód rodziny				
Dochód na jednego członka rodziny				

⁽¹⁾ proszę wstawić X we właściwej rubryce,

⁽²⁾ proszę wstawić właściwe oznaczenie cyfrowe z tablicy I.A.,

⁽³⁾ proszę wstawić właściwe oznaczenie cyfrowe z tablicy I.B,

⁽⁴⁾ **przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.**

V. Proszę o dofinansowanie (należy podać nazwę urządzenia, rodzaj usługi; ewentualny montaż):

.....

Przewidywany łączny koszt przedsięwzięcia: zł.

Wnioskowana wysokość dofinansowania: zł,

słownie złotych:

(do wysokości piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia), co stanowi % ceny brutto

(nie więcej niż 95% kosztów przedsięwzięcia), pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł.

VI. Oświadczam, że posiadam środki własne w wysokości: zł
na pokrycie 5% kosztów realizacji zdania.

VII. Dodatkowo deklaruję udział własny w kosztach realizacji zadania - ponad obowiązkowe 5%:
..... % zł.

Inne źródła finansowania (deklarowany udział sponsora): % zł.

VIII. Cel likwidacji barier w komunikowaniu się i miejsce realizacji zadania:

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

IX. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:

data rozpoczęcia: data zakończenia:

X. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację ww. zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek: zł;

dotychczasowe źródła finansowania:

.....
.....

Jestem kombatantem/kombatantką*, wdowcem/wdową* po kombatancie: TAK NIE

Oświadczam, że:

- nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz nie byłem/am* w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
- w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie uzyskałem/am dofinansowania ze środków PFRON na cele w zakresie likwidacji barier w komunikowaniu się.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych znajdujących się w bazie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nidzicy, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135).

Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego 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 złożony w dniu r. zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i po podjęciu uchwały przez Radę Powiatu w Nidzicy o podziale środków na zadania z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych na rok 20.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy*, pełnomocnika*
przedstawiciela ustawowego*, opiekuna prawnego*)

* *niepotrzebne skreślić*

Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127 poz. 721 z późn. zm.), a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopia orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydane przed dniem 1 stycznia 1998 r.
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie lekarza specjalisty uzasadniające konieczność likwidacji bariery w komunikowaniu się oraz potrzeby wynikające z niepełnosprawności (**ważne 3 miesiące od daty wydania**) na załączonym formularzu.
4. Zaświadczenie* / oświadczenie* o dochodach Wnioskodawcy i osób wspólnie z nim prowadzących gospodarstwo domowe za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.
5. Oferta cenowa / faktura pro forma.
6. Zgoda właściciela budynku lub lokalu mieszkalnego, jeżeli taka zgoda jest wymagana.
7. Dokument stanowiący podstawę informacji o innych źródłach finansowania (deklarowany udział sponsora).

Adnotacje przyjmującego wniosek:

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

.....
(data i podpis)

I. Ocena zasadności wniosku:

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

.....
(data i podpis)

II. Opinia Komisji ds. opiniowania wniosków o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się:

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

.....
(data i podpisy)

III. Decyzja o przyznaniu dofinansowania:

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

.....
(data i podpis)