



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE
Plac Słowiański 6
82-200 Malbork
www.pcpr.powiat.malbork.pl



Wniosek o udzielenie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na likwidację barier Komunikowaniu się/ technicznych * dla osób niepełnosprawnych

Rs. 733. 2020

Malbork, dnia 2020

I Przedmiot dofinansowania:

II. Dane dotyczące wnioskodawcy (wypełnić drukowanymi literami)

.....
.....
(imię i nazwisko) (imię ojca)
Data urodzenia..... PESEL.....
Adres zamieszkania: kod- Miejscowość
Ulica Nr domu..... nr lokalu
Numer telefonu

III. Dane przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika osoby niepełnosprawnej (wypełnić jeśli wniosek dotyczy osoby niepełnoletniej, ubezwłasnowolnionej lub reprezentowanej przez pełnomocnika)

przedstawiciel ustawowy opiekun prawny pełnomocnik

Nazwisko i imię:.....
Data urodzenia..... PESEL.....
Adres zamieszkania: kod- Miejscowość.....
Ulica Nr domu..... nr lokalu
Numer telefonu.....

IV. Stopień niepełnosprawności (wstaw X we właściwe miejsce)

Znaczny (I grupa inwalidzka)	
Umiarkowany (II grupa inwalidzka)	
Lekki (III grupa inwalidzka)	
W przypadku dzieci do 16 – go roku życia	

V. Sytuacja zawodowa (wstaw X we właściwe miejsce)

Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą	
Młodzież od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca	
Bezrobotny poszukujący pracy/rencista poszukujący pracy	
Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy	
Dzieci i młodzież do 18 lat	

VI. Sytuacja rodzinna (oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym)

Imię i Nazwisko, stopień pokrewieństwa	Stopień i rodzaj niepełnosprawności	Przeciętny miesięcznych dochód netto
1. <i>WNIOSKODAWCA</i>		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

*- właściwe podkreślić

VII. Uzasadnienie potrzeby likwidacji bariery technicznej/ w komunikowaniu się(opisać w jaki sposób

zlikwidowane bariery umożliwią lub ułatwią wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z

otoczeniem):

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

**VIII. Informacje o kwotach przyznanych wcześniej ze środków PFRON:
Wnioskodawca KORZYSTAŁ / NIE KORZYSTAŁ* w okresie 3 lat wstecz ze środków PFRON**

Data zawartej umowy	Cel dofinansowania	Kwota	Stan rozliczenia

IX. Koszty realizacji zadania:

Przewidywalny całkowity koszt realizacji zadania: (zgodnie z kosztorysem)		
	%	zł
<i>Słownie :</i>		
Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON (wnioskodawca może ubiegać się maksymalnie o kwotę do 95% całkowitego kosztu realizacji zadania)		
	%	zł
<i>Słownie :</i>		
Deklarowana przez Wnioskodawcę wysokość pokrycia kosztów realizacji zadania (min 5% całkowitego kosztu realizacji zadania):		
	%	zł
<i>Słownie :</i>		

*- właściwe podkreślić

X. Oświadczenia:

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez ilość osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił zł.

Liczba osób pozostająca we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

Upředzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego (Dz.U.2018 poz 1600), za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku dla celów realizacji programu dofinansowania likwidacji barier technicznych/w komunikowaniu się, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018. 1000).

Oświadczam, że nie posiadam zaległości w terminowym regulowaniu zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz nie była(e)m stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb realizacji procesu orzeczniczego zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (tzw. RODO).

Przyjmuję do wiadomości informację, że niniejszy wniosek zostanie rozpatrzony w terminie do 31 maja 2020 roku po uchwaleniu planu finansowego na 2020 rok przez Radę Powiatu Malborskiego.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany, że złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania oraz, że wniosek złożony w 2020 r. nie przechodzi na rok następny.

.....

(podpis wnioskodawcy)

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU (zaznaczyć właściwe):

1. Kopia ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (oryginał do wglądu)
2. Oferta wnioskowanego sprzętu
3. Zaświadczenie bądź opinia z poradni (dotyczy uczących się dzieci i młodzieży do 18 roku życia)
4. W przypadku, gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego, odpowiednio uwierzytelnione pełnomocnictwo lub postanowienie Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (kopię za zgodność z oryginałem)
5. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia odnośnie likwidacji barier w komunikowaniu się/ technicznych
6. Inne dokumenty niezbędne do rozstrzygnięcia sprawy

Potwierdzam zgodność z oryginałem kserokopii dokumentów dołączonych do wniosku

.....
data, pieczęć i podpis pracownika przyjmującego wniosek

.....
(stempel Zakładu Opieki Zdrowotnej lub praktyki lekarskiej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
Odnośnie likwidacji barier w komunikowaniu się/ technicznych

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy:

- dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
- dysfunkcji narządu ruchu – osoba leżąca
- innej dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się przy pomocy:
 - balkonika
 - innej dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się przy pomocy:
 - kul, łaski itp.
 - innej dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się przy pomocy:
 - osób drugich
 - dysfunkcji narządu ruchu pozwalającej na samodzielne poruszanie się
 - wrodzony brak lub amputacja dłoni i rąk
 - dysfunkcja narządu wzroku
 - dysfunkcja narządu słuchu
 - dysfunkcja narządu mowy
 - deficyty rozwojowe (upośledzenie umysłowe)
 - niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia
 - inne dysfunkcje.....

(krótka charakterystyka)

W/w niepełnosprawność spowodowana jest

Nazwa sprzętu, o który ubiega się osoba niepełnosprawna w celu likwidacji barier w komunikowaniu się/ technicznych.....

Wskazana częstotliwość korzystania z w/w sprzętu

Uzasadnienie konieczności korzystania w/w sprzętu w celu likwidacji barier w komunikowaniu się

Miejscowość i data

(Podpis i pieczętka lekarza wystawiającego zaświadczenie)

