

Nr kolejny wniosku **PCPRVII-710-/2021**

WNIOSEK

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

I. Dane dotyczące wnioskodawcy (wypełnić drukowanymi literami)

1.	Imię, nazwisko osoby dorosłej lub małoletniej ubiegającej się o dofinansowanie	
2.	Dokładny adres zamieszkania	
3.	Telefon	
4.	Numer PESEL	
5.	Numer i seria dowodu osobistego (wydany przez....)	

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

1.	Imię, nazwisko	
2.	Dokładny adres zamieszkania	
3.	Telefon	
4.	Numer PESEL	
5.	Numer i seria dowodu osobistego (wydany przez....)	

Ustanowiony opiekunem postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia
sygnatura akt

Na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dnia
repet. nr

II. Stopień niepełnosprawności – wybrać właściwe

1. znaczny (I grupa inwalidzka / osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji)	
2. umiarkowany (II grupa / osoby całkowicie niezdolne do pracy)	
3. lekki (III grupa / osoby częściowo niezdolne do pracy)	
4. osoby w wieku do lat 16 z orzeczeniem o niepełnosprawności	
5. o całkowitej/ o częściowej niezdolności do pracy/ o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym na podstawie orzeczenia wydanego przed 01.01.1998 r./ i niezdolności do samodzielnej egzystencji	

III. Rodzaj niepełnosprawności - wybrać właściwe

a) dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim: wrodzony brak, albo amputacja dłoni lub rąk	
b) inna dysfunkcja narządu ruchu	
c) dysfunkcja narządu wzroku	
d) dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
e) deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
f) niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

IV. Sytuacja zawodowa - wybrać właściwe

a) zatrudniony/ prowadzący działalność gospodarczą	
b) osoba w wieku od 18 do 24 lat ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca	
c) rencista/ emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy	
d) bezrobotny poszukujący pracy/ rencista poszukujący pracy	
e) dzieci i młodzież do lat 16	

V. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i mieszkania

- a) dom jednorodzinny*, wielorodzinny prywatny*, wielorodzinny komunalny*, wielorodzinny spółdzielczy*
- b) inne.....
- c) budynek parterowy*, piętrowy*, mieszkanie na.....(proszę podać kondygnację)
- d) przybliżony wiek budynku lub rok budowy.....
- e) opis mieszkania: pokoje.....(podać liczbę), z kuchnią/ bez kuchni*, z łazienką/ bez łazienki*, z wc/ bez wc*
- f) łazienka jest wyposażona w: wannę*, brodzik*, kabinę prysznicową*, umywalkę*
- g) w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej*, ciepłej*, kanalizacja*, centralne ogrzewanie*, prąd*, gaz*
- h) inne informacje o warunkach mieszkaniowych

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

**** - podkreślić właściwe**

VI. Sytuacja mieszkaniowa: Wnioskodawca zamieszkuje - wybrać właściwe

a) samotnie	
b) z rodziną	
c) z osobami niespokrewnionymi	

VII. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą (w tym osoby niespokrewnione)

Imię i nazwisko - pokrewieństwo	Niepełnosprawność Stopień i rodzaj	Dochód miesięczny
1. (Wnioskodawca)		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

VIII. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Nr zawartej umowy	Data przyznania dofinansowania	Kwota przyznanego dofinansowania	Cel	Stan rozliczenia

X. Deklarowany udział własny wnioskodawcy i/lub sponsora

1. Deklarowany przez wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania – ponad obowiązkowe 5%	%
2. Deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania	%

XI. Cel likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych

.....

.....

.....

.....

.....

XII. Przedmiot dofinansowania / przewidywany koszt realizacji zadania (wykaz planowanych zakupów i prac w celu likwidacji barier architektonicznych i przewidywany koszt) w kolejności od najważniejszego dla wnioskodawcy:

UWAGA! Wnioskodawca dokonuje rozpoznania we własnym zakresie cen zakupu sprzętów, urządzeń i materiałów oraz kosztów robocizny wykonania usług, montażu i dostawy, związanych z likwidacją barier funkcjonalnych dla własnych potrzeb wynikających ze stopnia niepełnosprawności – celem określenia ceny brutto realizacji zadania.

.....

.....

.....

.....

.....

XIII. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania :

cyframi:.....zł

słownie:.....zł

XIV. Oświadczenia wnioskodawcy:

Pouczony o odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, przewidzianej w art. 233 § 1 Ustawy z 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny „Kto składając zeznanie mające służyć jako za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”, oświadczam, co następuje:

1. Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi :
/ uprawniony, jego współmałżonek, małżonka i dzieci/

Miesięczny dochód w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego wynosi *:

* Miesięczny dochód w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, to miesięczny dochód rodziny pomniejszony o obciążenia: zaliczkę na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o 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. Nie posiadam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, nie byłem w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

3. Zobowiązuję się informować PCPR w ciągu 14 dni o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku.

4. Zobowiązuję się do pokrycia ze środków innych niż PFRON pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy całkowitym kosztem realizacji zadania, a kwotą dofinansowania ze środków PRFON.

5. Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek złożony w dniu zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i uchwaleniu planu finansowego na **2021 rok** przez Radę Powiatu Leszczyńskiego.

.....
Data i podpis Wnioskodawcy

Obowiązek Informacyjny
według Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE)

Zgodnie z art. 13 pkt. 1 i 2 oraz z art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE zwanego dalej Rozporządzeniem z dnia 27 kwietnia 2016 r. zwanego dalej Rozporządzeniem informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lesznie z siedzibą w Lesznie przy pl. Kościuszki 4B;
2. Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować poprzez e-mail: dgron76@gmail.com lub pisemnie na adres siedziby Administratora
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań ustawowych na podstawie ustawy o samorządzie powiatowym, Kodeksu postępowania administracyjnego i innych przepisów prawa niezbędnych do realizacji zadań ustawowych;
4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą upoważnieni pracownicy i podmioty na podstawie przepisów prawa;
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej;
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane według obowiązującej instrukcji kancelaryjnej;
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
8. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy Rozporządzenia;
9. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Jest Pan/Pani zobowiązana do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie skutkowało pozostawienie sprawy bez rozpatrzenia.

Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27. sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2020r., poz. 426 ze zm.) - **oryginał do wglądu.**
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z wnioskodawcą, w przypadku takich osób - **oryginały do wglądu.**
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające opis niepełnosprawności i szczegółową informację, jakie pacjent ma trudności w poruszaniu się.
4. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych np. przydział mieszkania, umowa najmu, wypis z księgi wieczystej – **oryginał do wglądu.**
5. Zaświadczenie o dochodach wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z wnioskodawcą.
6. Zaświadczenie Powiatowego Urzędu Pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.
7. Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – dotyczy opiekuna prawnego.
8. Zgoda właściciela budynku (w koniecznych przypadkach).

UWAGA!!!

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać "nie dotyczy".

Wnioski z niewypełnionymi rubrykami nie będą przyjmowane do rozpatrywania.

Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów

(data, pieczętka i podpis pracownika PCPR)