



.....
Data wpływu wniosku

.....
Nr sprawy

WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON DO LIKWIDACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, właściwe zaznaczyć ewentualnie wpisać "nie dotyczy". W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „ W załączeniu – załącznik nr ..”, czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą.

- wniosek składany po raz pierwszy

- wniosek składany po raz kolejny (podać rok złożenia wniosku)

1. Informacje o Wnioskodawcy/ dziecku/podopiecznym będącym osobą niepełnosprawną

DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

Imię..... Nazwisko..... Data urodzeniar.

Dowód osobisty seria numer wydany w dniu.....r.

przez.....ważny do

PESEL

Wnioskodawca osobiście rodzic dziecka opiekun prawny dziecka opiekun prawny podopiecznego

<p style="text-align: center;">MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały</p> <p>Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (poczta)</p> <p>Miejscowość</p> <p>ulica</p> <p>Nr domu Nr m. Powiat</p> <p>Województwo</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś</p>	<p style="text-align: center;">ADRES ZAMELDOWANIA</p> <p style="text-align: center;">(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)</p> <p>Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (poczta)</p> <p>Miejscowość</p> <p>ulica</p> <p>Nr domu Nr m.</p> <p>Województwo</p>
<p>Kontakt telefoniczny: nr kier.nr telefonu/nr tel. komórkowego:.....</p> <p>e'mail (o ile dotyczy):</p>	
<p>Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)</p> <p>.....</p>	

DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO	
<p style="text-align: center;">DANE PERSONALNE</p> <p>Imię</p> <p>Nazwisko</p> <p>Data urodzenia:..... r.</p> <p>PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Pełnoletni: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>	<p style="text-align: center;">MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)</p> <p style="text-align: center;">(jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)</p> <p>Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (poczta)</p> <p>Miejscowość</p> <p>Ulica</p> <p>Nr domu Nr m.</p> <p>Powiat</p> <p>Województwo</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś</p>

2. STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY /DZIECKA / PODOPIECZNEGO		
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> znaczny stopień	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (wydawane do 16 roku życia)		
Ww. dokument jest ważny: <input type="checkbox"/> okresowo do <input type="checkbox"/> bezterminowo		

3. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY/DZIECKA/ PODOPIECZNEGO WYNIKAJĄCY Z ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI		
<input type="checkbox"/> NARZĄD RUCHU, w zakresie:	<input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych	<input type="checkbox"/> obu kończyn górnych
z koniecznością porusza się przy pomocy:	<input type="checkbox"/> wózka inwalidzkiego	<input type="checkbox"/> dwóch kul

<input type="checkbox"/> INNA DYSFUNKCJA NARZĄDU RUCHU		
<input type="checkbox"/> NARZĄD WZROKU, w zakresie:	<input type="checkbox"/> osoba niewidoma	<input type="checkbox"/> osoba niedowidząca
<input type="checkbox"/> NARZĄD SŁUCHU , w zakresie:	<input type="checkbox"/> osoba niesłysząca	<input type="checkbox"/> osoba niedosłysząca
	<input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma	<input type="checkbox"/> osoba głuchoniema
<input type="checkbox"/> INNA DYSFUNKCJA NARZĄDU SŁUCHU I MOWY.....		
<input type="checkbox"/> INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności		

4. WYKSZTAŁCENIE WNIOSKODAWCY/DZIECKA/ PODOPIECZNEGO		
<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> zawodowe
<input type="checkbox"/> średnie ogólne/ techniczne	<input type="checkbox"/> średnie zawodowe	<input type="checkbox"/> policealne
<input type="checkbox"/> wyższe	<input type="checkbox"/> inne, jakie:	
<input type="checkbox"/> nie realizuje obowiązku szkolnego	<input type="checkbox"/> jest w trakcie realizacji obowiązku szkolnego (podać nazwę szkoły).....	

5. DODATKOWE KWALIFIKACJE WNIOSKODAWCY/DZIECKA/ PODOPIECZNEGO	
<input type="checkbox"/> obsługa urządzeń biurowych	
<input type="checkbox"/> obsługa komputera w stopniu : <input type="checkbox"/> podstawowym <input type="checkbox"/> średnim <input type="checkbox"/> zaawansowanym <input type="checkbox"/> nie umie obsługiwać komputera	
wykonywane zawody	
<input type="checkbox"/> inne, jakie:.....	

6. SYTUACJA ZAWODOWA WNIOSKODAWCY/DZIECKA/PODOPIECZNEGO		
<input type="checkbox"/> zatrudniony w	<input type="checkbox"/> prowadzący działalność gospodarczą	<input type="checkbox"/> osoba powyżej 18 lat ucząca się
<input type="checkbox"/> na czas określony do dnia.....		
<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony		
<input type="checkbox"/> emeryt	<input type="checkbox"/> rencista	<input type="checkbox"/> dzieci i młodzież do lat 18

<input type="checkbox"/> bezrobotny zarejestrowany w PUP od dnia..... <input type="checkbox"/> bezrobotny niezarejestrowany w PUP	<input type="checkbox"/> bezrobotny poszukujący pracy zarejestrowany w PUP od dnia..... <input type="checkbox"/> bezrobotny poszukujący pracy niezarejestrowany w PUP <input type="checkbox"/> bezrobotny nie zainteresowany podjęciem pracy	<input type="checkbox"/> inne, jakie:
--	--	---

7. WNIOSKODAWCA/DZIECKO/PODOPIECZNY zamieszkuje

<input type="checkbox"/> samotnie	<input type="checkbox"/> z rodziną	<input type="checkbox"/> z jednym opiekunem
-----------------------------------	------------------------------------	---

czy wspólnie z wnioskodawcą /dzieckiem /podopiecznym zamieszkują inne osoby niepełnosprawne :

tak, proszę podać ilość osób i stopień niepełnosprawności

nie

8 . PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA

9. MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA (proszę wpisać adres miejsca użytkowania przedmiotu dofinansowania).....
.....

11. SPECYFIKACJA DOTYCZĄCA DOFINANSOWANIA ZAKUPU URZĄDZEŃ W RAMACH LIKWIDACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ – proszę wymienić i podać orientacyjny koszt (należy szczegółowo opisać co w ramach likwidacji barier w komunikowaniu się ma zostać zakupione)

Lp.	Nazwa/ rodzaj przedmiotu dofinansowania	Orientacyjna cena brutto w złotych
	Całkowity koszt	

UWAGA! PROSZĘ O SZCZEGÓŁOWE I STARANNE OSZACOWANIE PONIŻSZYCH KOSZTÓW, GDYŻ PODSTAWĄ DOFINANSOWANIA BĘDĄ KWOTY WNIOSKOWANE.

12. KWOTA WNIOSKOWANEGO DOFINANSOWANIAW ZŁ. (nie więcej niż 95% kosztów zadania)
słownie :

13. DEKLAROWANA PRZEZ WNIOSKODAWCĘ KWOTA POKRYCIA UDZIAŁU WŁASNEGO

(minimum 5%)

14. INFORMACJA O OGÓLNEJ WARTOŚCI NAKŁADÓW DOTYCHCZAS PONIESIONYCH NA REALIZACJĘ ZADANIA DO KOŃCA MIESIĄCA POPRZEDZAJĄCEGO MIESIĄC, W KTÓRYM SKŁADANY JEST WNIOSEK WRAZ Z PODANIEM DOTYCHCZASOWYCH ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA**15. INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON**

Czy Wnioskodawca/ dziecko/ podopieczny lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku) ze środków PFRON,

tak nie

<i>Cel</i> (nazwa programu i/ lub nazwa zadania ustawowego, w ramach którego przyznana została pomoc)	<i>Numer i data zawarcia umowy</i>	<i>Termin rozliczenia</i>	<i>Kwota przyznana (w zł)</i>	<i>Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)</i>
Razem uzyskane dofinansowanie:				

16. CZY WNIOSKODAWCA/DZIECKO/PODOPIECZNY POSIADA WNIOSKOWANY SPRZĘT/URZĄDZENIE tak, podać rok zakupu nie czy zakup był dofinansowany ze środków PFRON**17. CZY WNIOSKODAWCA BYŁ STRONĄ UMOWY O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON I UMOWA TA ZOSTAŁA ROZWIĄZANA Z PRZYCYN LEŻĄCYCH PO STRONIE WNIOSKODAWCY** tak, podać datę nie**18. CZY WNIOSKODAWCA POSIADA WYMAGALNE ZOBOWIĄZANIA WOBEC PFRON** tak, podać rodzaj i wysokość w zł. wymagalnego zobowiązania nie

Uwaga! Za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął

19. CZY PLANOWANE DO REALIZACJI ZADANIE BĘDZIE FINANSOWANE Z INNYCH ŹRÓDEŁ NIŻ PFRON (np. sponsor, GOPS, MOPS)

tak, podać wysokość dofinansowania..... nie

20. UZASADNIENIE CELU DOFINANSOWANIA

1) proszę podać co utrudnia komunikowaniu się z otoczeniem(jakiego rodzaju trudności występują w komunikacji)

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

2) proszę uzasadnić w jaki sposób sprzęt zakupiony w ramach likwidacji barier w komunikowaniu się wpłynie na zmianę sytuacji opisanej w pkt. 1.....

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

21. OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW I LICZBIE OSÓB POZOSTAJĄCYCH WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM

Świadomy odpowiedzialności karnej przewidzianej w art.233 § 1 i 2 Kodeksu Karnego oświadczam, że miesięczny dochód netto na osobę w rodzinie za miesiąc poprzedzający złożenie wniosku

Wynosił: liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.....

22. ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU

Nazwa załącznika		Dołączono do wniosku zaznaczyć właściwe – wypełnia PCPR
1.	Kserokopia ważnego orzeczenia (oryginał do wglądu)	<input type="checkbox"/>
2.	Kserokopia ważnego orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą/ dzieckiem/ podopiecznym (oryginał do wglądu)	<input type="checkbox"/>
3.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka (oryginał do wglądu)	<input type="checkbox"/>
4.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – dotyczy opiekunów prawnych, lub pełnomocnictwo (oryginał do wglądu)	<input type="checkbox"/>
5.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych	<input type="checkbox"/>
6.	Jeżeli zajdzie taka potrzeba PCPR może żądać dostarczenia innych dokumentów niezbędnych do rozpatrzenia wniosku	

Oświadczam, że :

- 1) informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania (odpowiedzialność karna przewidziana w art. 233 § 1 i 2 Kodeksu Karnego),
- 2) posiadam środki własne na pokrycie wkładu własnego będącego uzupełnieniem dofinansowania,
- 3) jestem / nie jestem płatnikiem VAT (niepotrzebne skreślić),
- 4) w przypadku zmiany danych podanych we wniosku zobowiązuje się niezwłocznie o tym fakcie powiadomić PCPR ,
- 5) przyjmuję do wiadomości, iż złożenie niniejszego wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania,
- 6) przyjmuję do wiadomości, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed zawarciem umowy o dofinansowanie,
- 7) przyjmuję do wiadomości, że w przypadku znacznego niedoboru środków PFRON w stosunku do istniejących potrzeb procent dofinansowania określony jako maksymalny 95%, może zostać obniżony.

.....
data i podpis Wnioskodawcy

Uwaga:

W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę we wniosku informacji niezgodnych z prawdą, decyzja, na podstawie której przyznano środki finansowe PFRON, zostanie anulowana a Wnioskodawca zobowiązany zostanie do zwrotu przekazanych środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonania płatności tych środków.

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH ZWIĄZANYCH Z REALIZACJĄ ZADANIA KTÓREGO DOTYCZY WNIOSK

Dane osobowe przekazane przez Wnioskodawcę do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Żywcu przy ul. Ks. Pr. St. Słonki 24 (administratora danych) będą przetwarzane w celu realizacji zadania, którego dotyczy wniosek. Wnioskodawca posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku i przyznaniem dofinansowania.

.....
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)¹ (adres: miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego²:

.....
(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

przez PCPR z siedzibą w Żywcu przy ul. Ks. Pr. St. Słonki 24 (administrator danych) w celach związanych z realizacją zadania którego dotyczy wniosek, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

.....
data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

¹ niniejsze oświadczenie składa Wnioskodawca oraz dodatkowo i odrębnie - inne pełnoletnie osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do PCPR przez Wnioskodawcę we wniosku o dofinansowanie

² o ile dotyczy - niepotrzebne skreślić