**Nr wniosku: [CPR.VII.4025] – 2024/.../…/LBT/WNIOSEK/….**

**WNIOSEK**

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

**Część A – DANE WNIOSKODAWCY**

|  |
| --- |
| **DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY** |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| Imię: |  |
| Drugie imię: |  |
| Nazwisko: |  |
| PESEL: |  |
| Data urodzenia: |  |
| Płeć: |  kobietamężczyzna |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** |
| Województwo: |  |
| Powiat: |  |
| Gmina: |  |
| Miejscowość: |  |
| Ulica, nr domu, nr lokalu: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Poczta: |  |
| Rodzaj miejscowości: |  miastowieś |
| Nr telefonu: |  |
| Adres e-mail: |  |
| **ADRES KORESPONDENCYJNY** |
|  Taki sam jak adres zamieszkania |
| Województwo: |  |
| Powiat: |  |
| Gmina: |  |
| Miejscowość: |  |
| Ulica, nr domu, nr lokalu: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Poczta: |  |
|  |
| **DANE PODOPIECZNEGO/ MOCODAWCY** |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| Imię: |  |
| Drugie imię: |  |
| Nazwisko: |  |
| PESEL: |  |
| Data urodzenia: |  |
| Płeć: |  kobietamężczyzna |
| **ADRES ZAMIESZKANIA**  |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| Województwo: |  |
| Powiat: |  |
| Gmina: |  |
| Miejscowość: |  |
| Ulica, nr domu, nr lokalu: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Poczta: |  |
| Rodzaj miejscowości: |  miastowieś |
| Nr telefonu: |  |
| Adres e-mail: |  |
| **STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności: |  taknie |
| Stopień niepełnosprawności: |  Znaczny Umiarkowany Lekkinie dotyczy |
| Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest do: |  bezterminowookresowo do dnia ……………………………….. |
| Grupa inwalidzka: |  I grupa II grupa III grupanie dotyczy |
| Niezdolność: | Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny Osoby całkowicie niezdolne do pracy Osoby częściowo niezdolne do pracy Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy  w gospodarstwie rolnymNie dotyczy |
| Rodzaj niepełnosprawności: | 01- U – upośledzenie umysłowe02-P – choroby psychiczne03 -L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu  osoba głucha osoba głuchoniema 04-O – narząd wzroku  osoba niewidoma osoba głuchoniewidoma05-R – narząd ruchuwnioskodawca lub dziecko/ podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego dysfunkcja obu kończyn górnych06-E – epilepsja 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia08-T – choroby układu pokarmowego 09-M – choroby układu moczowo – płciowego10-N – choroby neurologiczne11-I – inne12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe |
| Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności).Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności: | taknie |
| Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy): | 2 przyczyny3 przyczyny |
|  |
| **ŚREDNI DOCHÓD** |
| Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:indywidualnie  wspólnieOświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił ……………………………..zł.Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: ………………,W tym liczba osób niepełnosprawnych………………………. . |
| **KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON** |
| Na likwidację barier architektonicznych/w komunikowaniu się/ technicznych ze środków finansowych PFRON:nie korzystałam/ emkorzystałam/em |
| CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON |
| Cel dofinansowania | Nr umowy | Data zawarcia umowy | Kwota dofinansowania | Stan rozliczenia |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU**

|  |
| --- |
| **I.PRZEDMIOT WNIOSKU** |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| **Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:** |  |
| **Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):** |  |
| Słownie: |  |
| **Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:** |  |
| Słownie: |  |
| **co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:** |  |
| **Deklarowane środki:** |  |
| **Inne źródła finansowania:** |  |
| **Cel dofinansowania i uzasadnienie:** |  |
|  |
| **WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘC (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER** |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| **Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier** |  |
| **Miejsce realizacji zadania:** |  |
| **Termin rozpoczęcia:** |  |
| **Przewidywany czas realizacji:** |  |
| **OPIS PONIESIONYCH NAKŁADÓW** |
| Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę narealizację 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 |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| **Właściciel konta (imię i nazwisko):** |  |
| **Nazwa banku:** |  |
| **Nr rachunku bankowego:** |  |
| w kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi |

**Część C – Dane dodatkowe**

|  |
| --- |
| **SYTUACJA ZAWODOWA** |

Zatrudniony/ prowadzący działalność gospodarczą.

Osoba w wieku 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 lat 18.

 Inne/ Jakie? ……………………………………………………………………………..

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIE** |
| 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 wykonanej usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Przepisy wprowadzające Kodeks karny - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.Oświadczam, ze zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej, sporządzonej zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), zamieszczonej na stronie internetowej: [www.pcpr.powiat-zielonogorski.pl](http://www.pcpr.powiat-zielonogorski.pl).Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie. |
| *Miejscowość* | *Data* | *Podpis Wnioskodawcy* |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU** |
| Lista |
| 1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, a w przypadku dzieci do lat 16 kopia orzeczenia o niepełnosprawności.
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu (druk: zaświadczenie lekarskie).
3. Oferta cenowa lub proforma na wnioskowany sprzęt.
 |
|  |

 …………………………………

 pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

 lub gabinetu lekarskiego

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

 – **likwidacja barier technicznych / w komunikowaniu się**
 (wydane na potrzeby Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie im. Jana Pawła II
w Zielonej Górze)

Imię i nazwisko Pacjenta………………………………………………………………………………….

PESEL………………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania ………………………………………………………………………………………………………………

**Rodzaj schorzeń utrudniających codzienne funkcjonowanie i wykonywanie codziennych, podstawowych czynności i/lub utrudniających komunikowanie się (kontakty z otoczeniem):**

……………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

**Uzasadnienie\***:

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………….. ……………………………….

 data ( pieczątka i podpis lekarza

 wystawiającego zaświadczenie)

\* **W treści uzasadnienia proszę wskazać, czy z uwagi na posiadane schorzenia osoba niepełnosprawna ma trudności w wykonywaniu codziennych podstawowych czynności oraz czy ma trudności w codziennym funkcjonowaniu, a także czy zachodzi potrzeba wykonywania tych czynności przy użyciu wnioskowanego sprzętu i/lub ma trudności w komunikowaniu się uzasadniające dofinansowanie wnioskowanego sprzętu.**