

.....
Nr sprawy/rejestru wniosków

.....
Data wpływu Wniosku

**WNIOSEK
O UDZIELENIE DOFINANSOWANIA NA LIKWIDACJĘ BARIER
W KOMUNIKOWANIU SIĘ
DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

A. Dane dotyczące Wnioskodawcy (w przypadku małoletnich /dzieci i młodzież do lat 18/ dane o dziecku wypełnia rodzic lub opiekun prawny)

Nazwisko i imię/imiona

numer NIPPesel.....

Adres zamieszkania: kod pocztowy.....miejscowość.....

ulica.....nr domunr lokalu.....nr telef.

nr rachunku bankowego.....

nazwa banku.....

B. Dane dotyczące dziecka (wpisać w przypadku, gdy osobą niepełnosprawną jest dziecko)

Nazwisko i imię/imiona

data i miejsce urodzenia.....Pesel.....

Adres zamieszkania kod pocztowy.....miejscowość.....

ulica.....nr domunr lokalu.....

I. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (wstawić X we właściwe pole)

Dysfunkcja narządów ruchu: z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim*; brak lub amputacja dłoni lub rąk*; amputacja nóg*	
Inna dysfunkcja narządów ruchu (opisać jaka)	
Dysfunkcja narządów wzroku	
Dysfunkcja narządów słuchu lub mowy	
Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia (opisać z jakiego powodu)	

II. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (wstawić X we właściwej rubryce)

Znaczny (inwalida I grupy)	
Umiarkowany (inwalida II grupy)	
Lekki (inwalida III grupy)	
Dziecko z orzeczoną niepełnosprawnością (do lat 16)	
Osoby o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym na podstawie orzeczenia wydanego przed 1998 r.	

VII. WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ I ZAKUPÓW W CELU LIKWIDACJI BARIER

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

VIII. PRZEWIDYWANY KOSZ REALIZACJI ZADANIA (łącznie kwota).....zł
słownie.....

w tym deklarowany wkład własny (minimum 5% łącznej kwoty przedsięwzięcia).....zł

Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRONzł

IX. DEKLAROWANY UDZIAŁ WŁASNY WNIOSKODAWCY I/LUB SPONSORA

Deklarowany przez wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania ponad obowiązkowe 5%	
Deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania	

OŚWIADCZENIE:

1. Przyjmuję do wiadomości, że administratorem zebranych danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Tczewie, ul. Wojska Polskiego 6.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON do likwidacji barier w komunikowaniu się dla osoby niepełnosprawnej zgodnie z art. 35 a ust. 1 pkt 7d ustawy z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2011 r. Nr 127 poz. 721 ze zmianami).
3. Oświadczam, że znam prawo do wglądu, zmiany i żądania zaprzestania przetwarzania swoich danych.
4. Podanie danych jest dobrowolne.
5. Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r.- Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 ze zmianami) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
6. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

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

* niepotrzebne skreślić

Obowiązkowe załączniki do wniosku :

1. Kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2011 r. Nr. 127, poz. 721 z późniejszymi zmianami),
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób,
3. Oświadczenie o dochodach Wnioskodawcy i osób zamieszkujących wspólnie z Wnioskodawcą (Załącznik nr 1),
4. Wstępny kosztorys ofertowy
5. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, **jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu** (Załącznik nr 2)
6. W przypadku osób do 24 roku życia uczących się opinia specjalisty (wychowawcy, pedagoga, logopedy, psychologa, terapeuty) o wskazaniach do zakupu sprzętu w celu likwidacji barier w komunikowaniu się.

OŚWIADCZENIE
o dochodach Wnioskodawcy oraz osób pozostających
we wspólnym gospodarstwie domowym

Niniejszym oświadczam, iż zamieszkuję samotnie / z innymi osobami we wspólnym gospodarstwie domowym, a wysokość **przeciętnego miesięcznego dochodu na jedną osobę** obliczonego z okresu trzech ostatnich miesięcy, pomniejszonego o zaliczkę na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego, kwotę alimentów, kwotę zasiłków rodzinnych i pielęgnacyjnych

wynosi..... zł

słowniezł

Uwaga:

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

Pouczenie:

Osoba składająca niniejsze oświadczenie ma prawo do wglądu do swych danych oraz do ich uzupełniania i sprostowania, a także do wniesienia pisemnego, umotywowanego żądania zaprzestania przetwarzania jej danych.

.....
Data

.....
Czytelny podpis Wnioskodawcy

(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko

Data urodzenia

PESEL

Adres zamieszkania

I. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....
.....

II. Niepełnosprawność pacjenta dotyczy (zaznaczyć właściwe):

- brak obu kończyn górnych
- brak jednej kończyny górnej
- brak obu kończyn dolnych
- brak jednej kończyny dolnej
- znaczny niedowład obu kończyn górnych
- znaczny niedowład obu kończyn dolnych
- jednoczesna dysfunkcja kończyny dolnej i górnej
- jednoczesna dysfunkcja kończyn górnych i dolnych
- dysfunkcja narządu wzroku
- dysfunkcja narządu słuchu
- dysfunkcja narządu mowy
- deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)
- inne schorzenie:

.....

III. Czy wymaga opieki osób drugich – stałej / częściowej, w jakim zakresie:

.....
.....

Zaświadczenie lekarskie wydaje się celem przedłożenia Komisji rozpatrującej wnioski o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier w komunikowaniu się.

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć lekarza