………….………………………………

 *data wpływu wniosku do PCPR*

 *( wypełnia PCPR)*

*...............................................*

*Nr wniosku ( wypełnia PCPR)*

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Żaganiu**

**ul. Śląska 1, tel.: 068-477-77-76**

**WNIOSEK**

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych urządzeń z zakresu likwidacji barier technicznych**

**DANE WNIOSKODAWCY**

(*wypełnić drukowanymi literami*)

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię:** | **Nazwisko:** |
| **PESEL:** | **Data urodzenia:** |
| **Adres Zamieszkania:** |
| **Nr telefonu:** |

**DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK W IMIENIU OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ \***

Przedstawiciel ustawowy ( dla małoletniego Wnioskodawcy)

Opiekun prawny ( dla osoby ubezwłasnowolnionej)

Pełnomocnik wnioskodawcy ( na podstawie pisemnego pełnomocnictwa)

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię:** | **Nazwisko:** |
| **PESEL:** | **Data urodzenia:** |
| **Adres Zamieszkania:** |
| **Nr telefonu:** |
| Ustanowiony opiekunem/pełnomocnikiem\*....................................................................................................................................................(postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia..............................sygn. akt…………………………………………./na mocy pisemnego pełnomocnictwa z dnia........................................................................................................................................... |

**STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

|  |  |
| --- | --- |
| Orzeczenie wydane przez **PZON** | Orzeczenie wydane przez **ZUS** |
| znaczny ⬜  | III grupa ⬜ | całkowita niezd. do pracy /sam. egz. ⬜ |
| umiarkowany ⬜  | III grupa ⬜ | całkowita niezdolność do pracy ⬜ |
| lekki ⬜  | III grupa ⬜ | częściowa niezdolność do pracy ⬜ |
| orzeczenie o niepełnosprawności (do 16. roku życia ) ⬜ |
| termin ważności orzeczenia: | ⬜ na stałe | ⬜ czasowe do ..................................... |

 **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 zaburzenie rozwojowe

**OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW I OSOBACH POZOSTAJĄCYCH WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Stopień pokrewieństwa** | **Średni miesięczny dochód netto** |
| **1.** |  | WNIOSKODAWCA |  |
| WPISAĆ STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA BEZ PODAWANIA IMION I NAZWISK OSÓB WSPÓLNIE ZAMIESZKUJĄCYCH |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | RAZEM |  |

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

Słownie..............................................................................................................................................................................................................................................................................................

**PROSZĘ PODAĆ KONTO OSOBISTE:**

Imię i nazwisko właściciela konta:

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

Nazwę banku:

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

Nr rachunku bankowego:

\_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_

**KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW FINANSOWANYCH Z PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

|  |  |
| --- | --- |
| Czy Wnioskodawca w **okresie ostatnich** **trzech lat** korzystał ze środków PFRON na likwidację barier technicznych?\* | ⬜ Tak |
| ⬜ Nie |
| Nr i data zawarcia umowy | Cel dofinansowania | Data przyznania dofinansowania | Kwota rozliczona |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Wnioskodawca posiada / nie posiada\* wymagalne zobowiązania wobec PFRON.

Jeśli tak, podać rodzaj i wysokość wymagalnego zobowiązania: ………...........……………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Wnioskodawca był/ nie był\* stroną umowy zawartej z PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy.

Jeśli tak, podać nr i datę rozwiązanej umowy, przedmiot umowy i przyczynę jej rozwiązania …………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA** *( nazwa urządzenia, rodzaj usługi)*

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

**CEL LIKWIDACJI BARIER TECHNICZNYCH – KRÓTKIE UZASADNIENIE SKŁADANEGO WNIOSKU***( uzasadnienie wniosku, opisać w jaki sposób zakup wnioskowanego urządzenia umożliwi lub znacznie ułatwi wnioskodawcy wykonywanie codziennych czynności lub samodzielne funkcjonowanie)*

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

**INFORMACJE O OGÓLNEJ WARTOŚCI NAKŁADÓW DOTYCHCZAS PONIESIONYCH PRZEZ WNIOSKODAWCĘ NA REALIZACJĘ ZADANIA DO KOŃCA MIESIĄCA POPRZEDZAJĄCEGO MIESIĄC, W KTÓRYM SKŁADANY JEST WNIOSEK** (wraz z podaniem oraz udokumentowaniem dotychczasowych źródeł finansowania):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | Źródła finansowania | Poniesione koszty |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |
| **3.** |  |  |
|  | **RAZEM** |  |

**KOSZT ZADANIA I WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA:**

|  |  |
| --- | --- |
| Przewidywany całkowity koszt realizacji zadania *(zgodny z fakturą pro forma, kosztorysem)* | **……………………zł** |
| Deklarowane przez wnioskodawcę środki własne*( co najmniej 5% całkowitego kosztu)* | **……………………zł** |
| Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON co stanowi do 95% całkowitego kosztu realizacji zadania | **……………………zł** |

* **Oświadczam, że posiadam 5 % wkładu własnego**

…….…….……………………………

(Data i czytelny podpis Wnioskodawcy/

 przedstawiciela ustawowego/ opiekuna prawnego

pełnomocnika)

\* WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ

**TERMIN REALIZACJI ZADANIA:** (np. czerwiec br.) ………………………….…………………......……………....................................................................

**PRZEWIDYWANY CZAS REALIZACJI ZADANIA:** (np. 1 miesiąc)……..………………………………………………………………………………………………………………………….

**MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA:** (adres zamieszkania Wnioskodawcy)

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

**PRZYJMUJĘ DO WIADOMOŚCI, ŻE:**

1. Wnioski będą rozpatrywane od momentu zatwierdzenia środków finansowych przez Radę Powiatu Żagańskiego, otrzymanych wg algorytmu z PFRON.
2. Dofinansowanie będzie przyznawane do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych dla Powiatu Żagańskiego na dany rok kalendarzowy.
3. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed zawarciem umowy ze Starostą Żagańskim.
4. Wszelkie zmiany we wniosku jak i rezygnacje należy zgłaszać do tut. PCPR w formie pisemnej.
5. Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania.

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

|  |  |
| --- | --- |
| ............................................(data) | ............................................................(czytelny podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/ opiekuna prawnego/pełnomocnika) |

**Załączniki do wniosku:**

* Kopia orzeczenia o niepełnosprawności /stopniu niepełnosprawności/, zaliczeniu do jednej z grup inwalidzkich.
* Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z wnioskodawca, w przypadku takich osób.
* Aktualne zaświadczenie **lekarskie (specjalisty)**, zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności oraz zalecenie do stosowania wskazanego przez lekarza. **przedmiotu/sprzętu (nazwa i oznaczenie),** którego brak stanowi barierę techniczną.
* Faktura proforma dotycząca zakupu wnioskowanego urządzenia i kosztorys wstępny w przypadku usługi montażu.
* W przypadku osób niezdolnych do złożenia podpisu na wniosku, dodatkowo pełnomocnictwo notarialne lub postanowienie Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego.

***Uwaga: Faktura proforma i kosztorys określające rodzaj, nazwę sprzętu, symbol muszą być adekwatne do zaświadczenia lekarskiego.***

- wypełnia PCPR -

Adnotacje przyjmującego wniosek:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

I. Ocena zasadności wniosku:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

(data i podpis)

II. Opinia Komisji ds. Opiniowania wniosków o dofinansowaniu likwidacji barier technicznych:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

(data i podpisy Komisji)

III. Decyzja o przyznaniu dofinansowania:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

(data i podpis Dyrektora PCPR w Żaganiu)