………..………………………………

 *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 likwidacji barier technicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych**

**DANE WNIOSKODAWCY** (*wypełnić drukowanymi literami*)

1. **DANE WNIOSKODAWCY** (*wypełnić drukowanymi literami*)

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię, drugie imię:** | **Nazwisko:** |
| **PESEL:** | **Data urodzenia:** |
| **Płeć :** ⬜ Kobieta ⬜mężczyzna |  |
| **Adres Zamieszkania ( ulica, nr domu, lokalu, miejscowość, kod pocztowy, gmina) :****…………………………………………………………………………………………………………………………………….**⬜ miasto ⬜ wieś |
| **Adres Korespondencyjny****:** ⬜ Taki sam jak adres zamieszkania, ⬜ Nie **( ulica, nr domu, lokalu, miejscowość, kod pocztowy, gmina) :****……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..** |
| **Nr telefonu:** |
| **Adres e-mail:**  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię, drugie imię:** | **Nazwisko:** |
| **PESEL:** | **Data urodzenia:** |
| **Płeć :** ⬜ Kobieta ⬜Mężczyzna |  |
| **Adres Zamieszkania ( ulica, nr domu, lokalu, miejscowość, kod pocztowy) :****…………………………………………………………………………………………………………………………………….**⬜ miasto ⬜ wieś |
| **Adres Korespondencyjny:** ⬜ Taki sam jak adres zamieszkania, ⬜ Nie **( ulica, nr domu, lokalu, miejscowość, kod pocztowy, gmina) :****………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………** |
| **Nr telefonu:** |
| **Adres e-mail:**  |
| **Postanowienie sądu:** |
| **Z dnia:** |
| **Sygnatura akt:** |
| **Imię i nazwisko notariusza:** |
| **Repertorium nr:** |
| **Zakres pełnomocnictwa:** ⬜ pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie, ⬜ do rozliczenia dofinansowania , ⬜ do zawarcia umowy, ⬜ do złożenia wniosku , ⬜ do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku, ⬜ inne, |

**STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI \***

|  |  |
| --- | --- |
| **Numer orzeczenia:**  |  |
|  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 ..................................... |

**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

**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**

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe :**

 indywidualnie wspólnie

**Liczba** osób we wspólnym gospodarstwie domowym……………….

W tym liczba osób niepełnosprawnych **………………….**

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**: .......................................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 trzech lat** przed złożeniem wniosku korzystał ze środków PFRON na dofinansowanie barier technicznych/ architektonicznych/ komunikowania się? | ⬜ Tak |
| ⬜ Nie |
| Nr i data zawarcia umowy | Cel dofinansowania | Data przyznania dofinansowania | Kwota dofinansowania | Stan rozliczenia |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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, przeznaczenie)*

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

**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** |
| **Inne źródła finansowania zadania** (udokumentować) | **…………………. zł** |

**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?..................................................................................................................

\* WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ

**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.

**Oświadczeni:**

1.Oświadczam, że posiadam co najmniej 5% wkładu własnego,

2.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 wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

3. Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § Kodeksu karnego, oraz art. 75 § 2 KPA oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

4.Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

5.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

|  |  |
| --- | --- |
| ............................................(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.
* **(Załącznik na 1) -**Aktualne zaświadczenie **lekarskie (specjalisty)**, zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności oraz zalecenie do stosowania **przedmiotu/sprzętu,** 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.

|  |
| --- |
| **KLAUZULA INFORMACYJNA**Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. 119.1 z 04.05.2016) informuję, iż: |
| *Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Żaganiu z siedzibą przy ulicy Śląskiej 1 w Żaganiu (68-100). Z administratorem można skontaktować się mailowo: sekretariat@pcpr.zagan.pl lub pisemnie na adres siedziby administratora. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować poprzez e-mail:* *iod@powiatzaganski.pl* *.**Dane przetwarzane są dla celów związanych z rozpatrzeniem wniosku o dofinansowanie do likwidacji barier technicznych, na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.**Dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych, którymi mogą być podmioty upoważnione na podstawie odpowiednich przepisów prawa. Szczegółowe informacje związane z przetwarzaniem danych osobowych zamieszczone zostały w klauzuli informacyjnej wywieszonej na tablicy ogłoszeń lub na stronie internetowej:* [*https://bip.wrota.lubuskie.pl/pcprzagan/*](https://bip.wrota.lubuskie.pl/pcprzagan/) *w zakładce „Ochrona danych osobowych”.* |

- 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)

**(Załącznik nr 1)**

**…………………………………………** Dnia**……………………………**

*(Stempel zakładu opieki zdrowotnej*

 *lub praktyki lekarskiej)*

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

1. Imię i nazwisko pacjenta………………………………………………………
2. PESEL…………………………………………………………………………
3. Rodzaj niepełnosprawności(schorzenia): …………………………………….

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

………………………………………………………………………………

1. Wymienić rodzaj sprzętu, którego stosowanie jest uzasadnione potrzebami wynikającymi z rodzaju niepełnosprawności pacjenta:

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

1. Prosimy uzasadnić konieczność korzystania z urządzenia /sprzętu, którego zakup umożliwi lub znacznie ułatwi pacjentowi wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub samodzielną egzystencję:

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

**………………………………………………**

 (pieczątka i podpis lekarza specjalisty