

.....
Numer sprawy



Pieczęć PCPR w Bochni

.....
Data wpływu kompletnego wniosku

W N I O S E K
o dofinansowanie ze środków
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
likwidacji barier technicznych / w komunikowaniu się
w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

I. Dane dotyczące Wnioskodawcy

Imię Nazwisko
Dokument potwierdzający tożsamość
seria numer wydany w dniu
przez ważny do dnia

PESEL

Adres zamieszkania:

Miejscowość ulica.....
nr domu nr lokalu nr kodu poczta
powiat województwo
nr telefonu kontaktowego

**Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny,
kurator lub pełnomocnik**

..... syn/córka*
imię i nazwisko imię ojca

Dokument potwierdzający tożsamość
seria numer wydany w dniu
przez ważny do dnia

PESEL

1) ustanowiony opiekunem*/kuratorem* na podstawie postanowienia Sądu
Rejonowego w, sygn. akt z dnia
2) ustanowiony pełnomocnikiem na podstawie pełnomocnictwa

.....*

.....
* niepotrzebne skreślić

Adres zamieszkania:

Miejscowość ulica
nr domu nr lokalu nr kodu poczta
powiat województwo
nr telefonu kontaktowego

Stopień niepełnosprawności (grupa inwalidzka) Wnioskodawcy:

.....

Rodzaj niepełnosprawności Wnioskodawcy:

.....

Sytuacja zawodowa¹

1.	Zatrudniony*/ prowadzący działalność gospodarczą*	
2.	Osoba w wieku od lat 18 do 24 ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca	
3.	Bezrobotny poszukujący pracy*/ rencista poszukujący pracy*	
4.	Rencista*/emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy	
5.	Dzieci, młodzież do lat 18	

Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje¹

1.	Samotnie	
2.	Z rodziną	
3.	Z osobami nie spokrewnionymi	

Korzystanie przez Wnioskodawcę ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (w ciągu ostatnich 3 lat przed złożeniem wniosku)²

1.	Na likwidację barier technicznych/w komunikowaniu się:	
1.1	nie korzystałem	
1.2	korzystałem:	
a)	Nr umowy	
b)	Cel (przedmiot dofinansowania)	
c)	Data przyznania dofinansowania	
d)	Stan rozliczenia	
2.	W ciągu ostatnich 3 lat byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	

² wstaw x we właściwej rubryce

* niepotrzebne skreślić

IV. Koszt realizacji zadania:

Przewidywany całkowity koszt realizacji zadania:

..... zł, słownie:zł

Deklarowany udział własny (minimalnie 5 % kosztu całkowitego):

..... zł, słownie:zł

Wnioskowana kwota dofinansowania (maksymalnie 95 % kosztu całkowitego):

..... zł, słownie:zł

V. Oświadczenia:

1. Oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód¹**, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnym, **podzielony przez liczbę osób²** we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił:zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym **wynosi**

2. Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku o dofinansowanie likwidacji barier technicznych/w komunikowaniu się nie uzyskałem/uzyskałam dofinansowania na ten cel ze środków Państwowego Funduszu rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
3. Oświadczam, że powyższe dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadoma/świadomy odpowiedzialności za składanie nieprawdziwych danych lub zatajenie prawdy. Puczoney o odpowiedzialności karnej na podstawie art. 233 § 1 oraz art. 297 kodeksu karnego za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Art. 233 [Fałszywe zeznania]

§ 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

Art. 297 [Oszustwo finansowe]

§ 1. Kto, w celu uzyskania dla siebie lub kogo innego, od banku lub jednostki organizacyjnej prowadzącej podobną działalność gospodarczą na podstawie ustawy albo od organu lub instytucji dysponujących środkami publicznymi - kredytu, pożyczki pieniężnej, poręczenia, gwarancji, akredytywy, dotacji, subwencji, potwierdzenia przez bank zobowiązania wynikającego z poręczenia lub z gwarancji lub podobnego świadczenia pieniężnego na określony cel gospodarczy, instrumentu płatniczego lub zamówienia publicznego, przedkłada podrobiony, przerobiony, poświadczający nieprawdę albo nierzetelny dokument albo nierzetelne, pisemne oświadczenie dotyczące okoliczności o istotnym znaczeniu dla uzyskania wymienionego wsparcia finansowego, instrumentu płatniczego lub zamówienia,

podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 2. Tej samej karze podlega, kto wbrew ciążącemu obowiązkowi, nie powiadamia właściwego podmiotu o powstaniu sytuacji mogącej mieć wpływ na wstrzymanie albo ograniczenie wysokości udzielonego wsparcia finansowego, określonego w § 1, lub zamówienia publicznego albo na możliwość dalszego korzystania z instrumentu płatniczego.

§ 3. Nie podlega karze, kto przed wszczęciem postępowania karnego dobrowolnie zapobiegł wykorzystaniu wsparcia finansowego lub instrumentu płatniczego, określonych w § 1, zrezygnował z dotacji lub zamówienia publicznego albo zaspokoił roszczenia pokrzywdzonego.

¹Średni Miesięczny dowód tzn. dochód w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych, pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku

²Średnio dochód miesięczny razem podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

4. Oświadczam, że nie posiadam zaległości w terminowym regulowaniu zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz
5. Oświadczam, że w ciągu trzech ostatnich lat nie byłem/byłam stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.
6. Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Bochni.
7. Zostałem/am poinformowany/na, iż dofinansowanie ze środków Funduszu **nie obejmuje** kosztów zakupu **poniesionych przed przyznaniem środków finansowych** ze środków Funduszu i **przed zawarciem umowy o dofinansowanie** z Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Bochni.
8. Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania.
9. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni tutaj. Centrum.
10. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bochni informuje, że w przypadku podania informacji niezgodnych ze stanem rzeczywistym wniosek pozostawiony będzie bez rozpoznania.

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem:

W przypadku, gdy wnioskodawca ze względu na stan zdrowia nie może złożyć podpisu i nie posiada opiekuna prawnego, albo kuratora lub nie udzielił osobie trzeciej upoważnienia do występowania w jego imieniu i na jego rzecz zastosowanie znajduje przepis art. 79 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, zgodnie z którym: " Osoba niemogąca pisać, lecz mogąca czytać może złożyć oświadczenie woli w formie pisemnej bądź w ten sposób, że uczyni na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis, bądź też w ten sposób, że zamiast składającego oświadczenie podpisze się inna osoba, a jej podpis będzie poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że został złożony na życzenie niemogącego pisać, lecz mogącego czytać".

.....
Miejscowość i data

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

Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 2011 r. Nr 127, poz. 721 z późn. zm.), a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopia orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r. (oryginał do wglądu).
2. Zaświadczenie lekarskie zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności Wnioskodawcy wydane nie później niż 30 dni przed dniem złożenia wniosku – załącznik nr 1 do wniosku.
3. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej – kserokopię zaświadczenia lub wyroku/postanowienia Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego / kuratora (oryginał do wglądu), w przypadku reprezentowania wnioskodawcy przez pełnomocnika – kserokopię pełnomocnictwa (oryginał do wglądu).
4. Co najmniej jedna oferta cenowa na przedmiot wniosku.
5. Informacja o innych źródłach finansowania likwidacji barier technicznych/ w komunikowaniu się.
6. Inne wymagane przez PCPR dokumenty.
7. Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych.

Załącznik nr 1 do wniosku
o dofinansowanie ze środków PFRON
likwidacji barier technicznych/w komunikowaniu się

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Bochni
/PROSZĘ O CZYTELNE WYPEŁNIENIE ZAŚWIADCZENIA W JĘZYKU POLSKIM/

Imię i nazwisko

Data urodzenia PESEL

Adres zamieszkania

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji*

- dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się:
 - na wózku inwalidzkim
 - na stałe
 - okresowo
 - za pomocą kul, balkoniku, protez lub innych środków pomocniczych
- inna dysfunkcja narządu ruchu:
- osoba leżąca
- dysfunkcja narządu wzroku:
 - osoba niewidoma
 - osoba niedowidząca
- dysfunkcja narządu słuchu
- dysfunkcja narządu mowy
- inne (podać jakie)

Rozpoznanie i opis choroby zasadniczej:

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

Opis schorzenia będącego przyczyną niepełnosprawności:

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

Stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności zaleca się zaopatrzenie w przedmiot lub urządzenie, lub zapewnienie dostępu do następującej usługi:

.....
.....

Data

.....

podpis i pieczęć lekarza

* właściwe zaznaczyć