

W N I O S E K**o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych, w związku z indywidualnymi potrzebami osoby niepełnosprawnej****1. Dane Wnioskodawcy:**

Imię i nazwisko Wnioskodawcy

Adres zamieszkania

□□-□□□ miejscowość:

ulica Nr domu

Nr telefonu

2. PESEL □□□□□□□□□□**3. Przedmiot dofinansowania:**.....
.....
.....**4. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.**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 (*zgodnie z przypisem nr1*)

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

5. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:.....
.....**6. Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania (krótkie uzasadnienie):**.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

7. Przewidywany koszt realizacji zadania:

.....
.....

8. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:

.....
.....

9. Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc złożenia wniosku, z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania:

.....
.....

10. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania :

.....
.....

11. Informacja o kwotach przyznanych wcześniej ze środków Funduszu:

Czy Wnioskodawca ubiegał się o dofinansowanie PFRON				TAK / NIE*
Nr zawartej umowy	Kwota	Cel	Data przyznania dofinansowania	Stan rozliczenia
Razem:		Razem kwota rozliczona		

12. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków Funduszu (do 95% kosztów przedsięwzięcia zawartych w pkt. 7, nie więcej jednak niż do wysokości piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia):

.....
.....

13. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekuna prawnego lub pełnomocnika:

.....syn/córka.....
(imię i nazwisko) (imię ojca)
Seria i nr dowodu osobistego.....wydany w dniu
Przez.....
Nr PESEL..... NIP.....
Miejscowość.....ulica.....
nr domu..... nr lokalu..... Nr kodu poczta
Nr telefonu kontaktowego
ustanowiony opiekunem/pełnomocnikiem* dla
(postanowieniem Sądu z dniasygn. akt*...../ na mocy
pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*.....
z dn. repet. nr

14. Oświadczenia:

- ✓ Zobowiązuję się do zapłaty z własnych środków co najmniej 5% kosztów przedsięwzięcia pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł.
- ✓ Nie posiadam zaległości wobec Funduszu oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/byłam stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
- ✓ Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Strzelcach Opolskich dla celów tej jednostki zgodnie z Rozporządzeniem 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 (zwane dalej RODO) i przepisami krajowymi z zakresu ochrony danych osobowych.
- ✓ Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeksu Karnego (Dz. U. z 2018 r., poz. 1600 z późn. zm.) oświadczam, iż dane zawarte w niniejszym wniosku zostały podane zgodnie z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

„Art. 233.

§ 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.

§ 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.”

- ✓ O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się poinformować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Strzelcach Opolskich niezwłocznie od zaistniałej zmiany.
- ✓ Przyjmuje do wiadomości, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.
- ✓ Przyjmuje do wiadomości, że dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych nie przysługuje osobom niepełnosprawnym, które w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku uzyskały odpowiednio na te cele dofinansowanie ze środków Funduszu.

.....
(podpis wnioskodawcy lub opiekuna
prawnego/pełnomocnika/przedstawiciela
ustawowego osoby niepełnosprawnej)

* niewłaściwe skreślić

Do wniosku załączam:

1. Kopię orzeczenia lub kopię wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r., poz. 511 z późn. zm.), a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopię orzeczenia o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998r.,
2. Zaświadczenie lekarza uzasadniające złożenie wniosku w ramach likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych (druk w załączeniu),
3. Kosztorys przedmiotu dofinansowania,
4. Informacje o innych źródłach finansowania zadania (w przypadku istnienia takich źródeł),
5. W przypadku, gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego do wniosku należy dołączyć odpowiednio kopię pełnomocnictwa lub postanowienia sądu o ustaleniu opiekuna prawnego,
6. Inną dokumentację mającą wpływ na wniosek i świadczącą na korzyść wnioskodawcy.

Przypis nr 1

Przy ustalaniu dochodu w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy, nie uwzględnia się między innymi:

- 1) świadczeń rodzinnych wypłacanych na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, dodatków rodzinnych i pielęgnacyjnych;
- 2) świadczeń pomocy materialnej dla uczniów, studentów, uczestników studiów doktoranckich i osób uczestniczących w innych formach kształcenia, pochodzących z budżetu państwa, budżetów jednostek samorządu terytorialnego oraz ze środków własnych szkół i uczelni – przyznanych na podstawie przepisów o systemie oświaty, Prawo o szkolnictwie wyższym, a także przepisów o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki.

Szczegółowe zasady ustalania dochodu zostały określone w art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2018 r., poz. 2220, z późn. zm.) Zgodnie z tym artykułem – dochód to: po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób, min. przychody podlegające opodatkowaniu (...), pomniejszone koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy, składki na ubezpieczenia społeczne oraz składnika ubezpieczenie zdrowotne.

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

.....
(pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

....., dnia 20..... r.
(miejscowość)

Zaświadczenie lekarza

Potwierdzam, że osoba:

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

wymaga sprzętu

gdyż jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności i umożliwi osobie lub w znacznym stopniu ułatwi wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem.

Uzasadnienie

Podać rodzaj schorzenia lub dysfunkcji

Zaświadczenie wydawane jest na prośbę pacjenta, celem przedłożenia w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Strzelcach Opolskich.

.....
(pieczęć i podpis lekarza)