



POWIATOWE CENTRUM  
POMOCY RODZINIE

**POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W POZNANIU**

ul. Słowackiego 8, 60 – 823 Poznań

tel. 61 22 22 906

e-mail: pcpr@powiat.poznan.pl,

www.pcpr.powiat.poznan.pl



Pieczczę z datą wpływu do PCPR

Nr wniosku IV.535 .....

**W N I O S E K**

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych zakupu urządzeń (wraz z montażem) lub wykonania usług  
z zakresu likwidacji BARIER TECHNICZNYCH**

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub jej pełnomocnik, a w przypadku osoby niepełnoletniej rodzic bądź opiekun prawny, proszę wypełnić czytelnie, drukowanymi literami)

\*\*\*\*\*

**I. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY - osoby niepełnosprawnej**

Imię i nazwisko.....

PESEL: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**adres zamieszkania**

ulica ..... nr domu .....nr lokalu .....

kod .....-..... miejscowość .....gmina.....

telefon..... e-mail.....

**PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY/ OPIEKUN PRAWNY/PEŁNOMOCNIK**

*(wypełnić, jeśli dotyczy)*

Imię i nazwisko.....

PESEL: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**adres zamieszkania (wypełnić, gdy jest inny niż Wnioskodawcy)**

ulica ..... nr domu ..... nr lokalu .....

kod .....-..... miejscowość .....gmina .....

telefon..... e-mail.....

Opiekun prawny ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego w ..... z dnia

..... sygn. akt .....

Pełnomocnik na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dnia .....

repetitorium nr .....

**Stopień niepełnosprawności** (wstawić X we właściwej rubryce)

znaczny – (inwalidzi I grupy, osoby całkowicie niezdolne do pracy i samodzielnej egzystencji oraz osoby o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny na podstawie orzeczenia wydanego przed 1998 r.)	
umiarkowany – (inwalidzi II grupy oraz osoby całkowicie niezdolne do pracy)	
lekki – (pozostali inwalidzi III grupy, osoby częściowo niezdolne do pracy oraz osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym na podstawie orzeczenia wydanego przed 1998 r.)	
osoba w wieku do lat 16 z orzeczeniem o niepełnosprawności.	

**II. SYTUACJA MIESZKANIOWA**
**Tytuł prawny do lokalu** (wstawić X we właściwe pole )

- akt własności budynku lub lokalu mieszkalnego,  
 akt notarialny użytkowania wieczystego,  
 przydział lokalu – np. decyzja administracyjna,  
 inny (jaki).....

**Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą**

		Stopień niepełnosprawności (jeśli dotyczy)	Przeciętny miesięczny dochód (netto), obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek *
1.	Wnioskodawca:		
	Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – <b>poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą</b>		
2.			
3.			
4.			
5.			
		<b>RAZEM:</b>	

\* jest to dochód wszystkich wspólnie zamieszkujących i prowadzących wspólne gospodarstwo domowe osób, obliczany za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek, w rozumieniu ustawy o świadczeniach rodzinnych, pomniejszony o podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób.

### III. INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON		<input type="checkbox"/> Tak <i>(należy wypełnić tabelę)</i> <input type="checkbox"/> Nie	
Cel dofinansowania	Nr umowy	Data przyznania dofinansowania	Stan rozliczenia
Likwidacja barier architektonicznych			
Likwidację barier technicznych			
Likwidacja barier w komunikowaniu się			
Zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny			
Inny (jaki) .....			

### IV. INFORMACJE O PRZEDMIOCIE DOFINANSOWANIA - cel dofinansowania.

**1. Uzasadnienie potrzeby likwidacji barier technicznych ze wskazaniem istniejących barier w miejscu realizacji zadania:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**2. Wnioskuję o dofinansowanie do zakupu:**

Lp.	Nazwa urządzenia wraz z montażem lub wykonanie usług	Przewidywany koszt realizacji (w zł)
RAZEM		

*(Wnioskodawca we własnym zakresie dokonuje rozpoznania cen (brutto) zakupu urządzeń oraz kosztów wykonania usług, związanych z likwidacją barier technicznych)*

**3. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania: .....zł**

(słownie:..... zł),

co stanowi maksymalnie 95 % kwoty brutto kosztów planowanego przedsięwzięcia.

**4. Udział własny w kosztach realizacji zadania ..... zł**

(słownie:..... zł),

co stanowi minimum 5 % kwoty brutto kosztów planowanego przedsięwzięcia.



7. Przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku ujawnienia zawartych we wniosku nieprawdziwych informacji, decyzja na podstawie której przyznano środki finansowe Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zostanie anulowana, a Wnioskodawca zobowiązany zostanie do zwrotu przekazanych przez PCPR środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonania płatności tych środków.
8. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku powzięcia wątpliwości odnośnie podanych we wniosku o dofinansowanie danych, w szczególności, co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, PCPR wezwie Wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.
9. Przyjmuję do wiadomości, że złożenie wniosku o dofinansowanie nie jest równoznaczne z jego przyznaniem. Nie gwarantuje też, że kwota przyznanego dofinansowania będzie równa oczekiwanej przez Wnioskodawcę.
10. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni od ich powstania.
11. Oświadczam, że są mi znane następujące informacje:
  - a) dofinansowanie likwidacji barier technicznych nie przysługuje osobom niepełnosprawnym, które w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku uzyskały odpowiednio na ten cel dofinansowanie ze środków Funduszu,
  - b) dofinansowanie nie przysługuje osobom, które w ciągu 3 lat przed dniem złożenia wniosku były, stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie tej osoby,
  - c) dofinansowanie nie przysługuje, jeżeli Wnioskodawca ma zaległości wobec Funduszu,
  - d) dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie,
  - e) podstawę dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych stanowi umowa zawarta pomiędzy Starostą Poznańskim reprezentowanym przez Dyrektora PCPR a Wnioskodawcą,
  - f) nieusunięcie ewentualnych uchybień we wniosku w wyznaczonym przez PCPR terminie 30 dni, skutkować będzie pozostawieniem wniosku bez rozpatrzenia,
  - g) niniejszy wniosek zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i uchwaleniu planu finansowego na dany rok.

*\* niepotrzebne skreślić*

.....  
*podpis Wnioskodawcy\*/ przedstawiciela ustawowego\*/  
opiekuna prawnego / pełnomocnika*

**ZAŁĄCZNIKI (DOKUMENTY) WYMAGANE DO WNIOSKU**

Lp.	Nazwa załącznika	Wypełnia pracownik PCPR		
		Załączono do wniosku TAK/NIE	Uzupełniono TAK / NIE	Data uzupełnienia /uwagi/
1.	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub inne równoważne potwierdzające niepełnosprawność Wnioskodawcy i innych osób wspólnie zamieszkujących – oryginały do wglądu			
2.	Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające opis przyczyny niepełnosprawności i szczegółowe uzasadnienie, że osoba ma trudności w funkcjonowaniu – według załącznika ( <i>zaświadczenie ważne 3 miesiące od daty wystawienia</i> )			
3.	Dokument potwierdzający posiadanie innych źródeł finansowania, ( <i>jeśli dotyczy</i> )			
4.	Kopia pełnomocnictwa lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego – oryginał do wglądu			

.....  
Podpis pracownika PCPR

**Załącznik do wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych**

....., dnia .....  
(miejscowość)

.....  
**Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej**

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko.....PESEL.....

Adres zamieszkania.....

**1. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole Lp. oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):**

Lp.	Uszkodzenie narządów, układów oraz choroby współistniejące i wynikające z nich trudności w funkcjonowaniu	Pieczętka i podpis lekarza
1.	Leżący niebędący w stanie poruszać się na wózku inwalidzkim, nawet przy pomocy osób trzecich	
2.	Poruszający się na wózku inwalidzkim	
3.	Poruszający się przy pomocy balkonika, trójnogu lub kul łokciowych	
4.	Znaczny niedowład kończyn dolnych	
5.	Znaczny niedowład kończyn górnych	
6.	Niewidomy	
7.	Niedowidzący	
8.	Głuchy	
9.	Niedosłyszący	
10.	Inne, (jakie).....	

2. Inne schorzenia Pacjenta utrudniające funkcjonowanie (szczegółowe uzasadnienie):\*

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

.....  
**Pieczętka i podpis lekarza**

*\*Bariery techniczne to wszelkie przeszkody wynikające z braku zastosowania lub niedostosowania odpowiednich do rodzaju niepełnosprawności przedmiotów lub urządzeń. Należy uzasadnić, że wnioskowane urządzenia, sprzęt, itp., umożliwią lub w znacznym stopniu ułatwią osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem z uwagą na potrzeby wynikające z jej niepełnosprawności.*