POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE

POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W POZNANIU
ul. Słowackiego 8, 60 – 823 Poznań
tel. 61 22 22 906
e-mail: sekretariat@pcpr.powiat.poznan.pl,
www.pcpr.powiat.poznan.pl

Pieczęć z datą wpływu do PCPR

Nr wniosku IV.534 ……../2024

W N I O S E K

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zakupu sprzętu (wraz z montażem) lub wykonania usług z zakresu likwidacji BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ

(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 ……..

repetytorium 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. INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON		☐ Tak *(należy wypełnić tabelę)* ☐ 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			
Aktywny Samorząd			

III. INFORMACJE O PRZEDMIOCIE DOFINANSOWANIA - cel dofinansowania.

1. **Uzasadnienie potrzeby likwidacji barier w komunikowaniu się: wskazanie istniejących barier w komunikowaniu się oraz sposobu ich likwidacji. Podać w jaki sposób posiadanie wnioskowanego sprzętu/usługi ułatwi komunikowanie się – osobne uzasadnienie do każdego typu sprzętu, o który się wnioskuje:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

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

(Wnioskodawca we własnym zakresie dokonuje rozpoznania cen (brutto) zakupu sprzętów oraz kosztów wykonania usług, związanych z likwidacją barier w komunikowaniu się)

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.

5. **Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę:** ..... zł.
(do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek)

6. **Dotychczasowe źródła finansowania**: .....

7. **Informacja o innych źródłach finansowania zadania**
(Proszę podać czy uzyskał/a Pan/i dodatkowe środki na likwidację barier w komunikowaniu się z innych źródeł (np. od OPS, sponsora, fundacji).

Wartość: .....

Źródła finansowania: .....

8. **Informacja o rachunku bankowym Wnioskodawcy lub osoby upoważnionej:**

Właściciel rachunku bankowego *(imię i nazwisko)* .....

Nazwa banku .....

Nr rachunku bankowego:

☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

IV. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

1. Oświadczam, że przeciętny **miesięczny dochód** rodziny **na jedną osobę** w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:

wynosi …… zł.

słownie: …….

Łączna liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym: .....

***Należy podać kwotę „netto" tj. bez wliczania 500+, zasiłku stałego, zasiłku pielęgnacyjnego, dodatku pielęgnacyjnego, świadczenia uzupełniającego.*

2. Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zwanego dalej Funduszem i nie byłam/em w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
3. Oświadczam, że posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach zadania w wysokości minimum 5 % łącznej kwoty wnioskowanego dofinansowania, o którym mowa w rozdz. III pkt. 4 niniejszego wniosku.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z procedurą dotyczącą przyznawania w bieżącym roku dofinansowania do likwidacji barier w komunikowaniu się zamieszczoną na stronie: www.pcpr.powiat.poznan.pl
5. Świadoma(y) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks karny oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku podane zostały zgodnie z prawdą.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni od ich powstania.
10. Oświadczam, że są mi znane następujące informacje:
    a) dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się 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.

11. ***OŚWIADCZAM, ŻE PRZEDSTAWIONO MI KLAUZULĘ INFORMACYJNĄ O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH DLA OSÓB UBIEGAJĄCYCH SIĘ O DOFINANSOWANIE*** – *klauzula dostępna jest na stronie internetowej* www.pcpr.powiat.poznan.pl oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie.

** niepotrzebne skreślić*

……

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

ZAŁĄCZNIKI (DOKUMENTY) WYMAGANE DO WNIOSKU

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego Wnioskodawcy i innych osób wspólnie zamieszkujących – oryginały do wglądu.

2. Aktualne zaświadczenie lekarskie – według załącznika *(zaświadczenie ważne 3 miesiące od daty wystawienia).*

3. Dokument potwierdzający posiadanie innych źródeł finansowania, *(jeśli dotyczy).*

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.

5. Oferta cenowa od sprzedawcy.

……., dnia ……
(miejscowość)

…….
Pieczątka 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 pieczątką*):**

Lp.	**Uszkodzenie narządów, układów oraz choroby współistniejące i wynikające z nich trudności w komunikowaniu się**	**Pieczątka i podpis lekarza**
1.	Poruszający się **wyłącznie** na wózku inwalidzkim	
2.	Poruszający się **wyłącznie** przy pomocy balkonika	
3.	Osoba (zaznaczyć właściwe): ☐ niedosłysząca ☐ głucha	
4.	Osoba (zaznaczyć właściwe): ☐ niedowidząca ☐ niewidoma	
5.	Osoba niema	
6.	Całościowe zaburzenia rozwojowe **zgodnie z orzeczeniem o niepełnosprawności: symbol 12 C**	

2. Czy niepełnosprawność pacjenta powoduje trudności w komunikowaniu się z otoczeniem:

   ☐ TAK ☐ NIE

3. Zakup wnioskowanego urządzenia/usługi umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi pacjentowi porozumiewanie się lub przekazywanie i pozyskiwanie informacji.

   ☐ TAK ☐ NIE

……
Pieczątka i podpis lekarza

**Bariery w komunikowaniu się to ograniczenie uniemożliwiające lub utrudniające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się lub przekazywanie i pozyskiwania informacji. Należy uzasadnić, że* osoba ma trudności w porozumiewaniu się i przekazywaniu informacji w związku z istniejącą przyczyną niepełnosprawności