Zarządzenie Nr 42.2019

Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Tarnowie

z dnia 31.12.2019 r.

w sprawie wprowadzenia regulaminu udzielania dofinansowania z udziałem środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych realizowanych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Tarnowie

§ 1

Na podstawie §5 ust. 1 pkt 24 Regulaminu Organizacyjnego Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Tarnowie z dnia 25 maja 2017 r. z późn. zm.

wprowadzam do stosowania regulamin udzielania dofinansowania z udziałem środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych realizowanych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Tarnowie stanowiący załącznik do niniejszego Zarządzenia.

§ 2

Wykonanie Zarządzenia powierzam pracownikom na stanowisku ds. obsługi osób z niepełnosprawnościami odpowiedzialnym za prowadzenie spraw związanych z dofinansowaniem dla osób niepełnosprawnych do likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych.

§ 3

Traci moc zarządzenie Nr 5.2019 Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Tarnowie z dnia 09.01.2019 r. w sprawie wprowadzenia regulaminu udzielania dofinansowania z udziałem środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych realizowanych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Tarnowie

§ 4

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od 1 stycznia 2020 r.

DYREKTOR
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Tarnowie
mgr Anna Górska

Regulamin
udzielania dofinansowania
z udziałem środków
Państwowego Funduszu Rehabilitacji
Osób Niepełnosprawnych
do likwidacji barier architektonicznych,
w komunikowaniu się i technicznych
realizowanych przez
Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
w Tarnowie

I. PODSTAWA PRAWNA

1. Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997 r. (Dz.U. z 2019 r., poz. 1172).
2. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z dnia 25 czerwca 2002 r. (Dz.U. z 2015 r., poz. 926).

II. ZASADY OGÓLNE

1. O dofinansowania mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne posiadające aktualne orzeczenie.
2. Dofinansowanie ze środków Funduszu nie przysługuje, jeżeli podmiot ubiegający się o dofinansowanie ma zaległości wobec Funduszu lub podmiot ten był, w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu i rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie tego podmiotu.
3. W przypadku śmierci Wnioskodawcy, wniosek nie podlega dalszemu rozpatrzeniu. Jeżeli wniosek został rozpatrzony pozytywnie, a Wnioskodawca zmarł, środki finansowe nie mogą zostać wypłacone, gdyż jest to świadczenie własne Wnioskodawcy.
4. W przypadku negatywnego rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON istnieje możliwość ponownego ubiegania się osoby niepełnosprawnej o takie dofinansowanie. Wnioski raz rozpatrzone nie podlegają ponownemu rozpatrzeniu. Podstawą ubiegania się o dofinansowanie jest złożenie nowego wniosku wraz z kompletem załączników.

III. DOFINANSOWANIE LIKWIDACJI BARIER

1. ARCHITEKTONICZNYCH
2. W KOMUNIKOWANIU SIĘ
3. TECHNICZNYCH

W ZWIĄZKU Z INDYWIDUALNYMI POTRZEBAMI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

BARIERY ARCHITEKTONICZNE

1. O dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, jeżeli ich realizacja umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem, które spełniają łącznie następujące warunki:
   a) posiadają aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności,
   b) mają trudności w poruszaniu się – udokumentowane aktualnym, wystawionym przez lekarza specjalistę zaświadczeniem,
   c) są właścicielami nieruchomości lub użytkownikami wieczystymi nieruchomości albo posiadają zgodę właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego, w którym stale zamieszkują.
2. Dofinansowaniem ze środków Funduszu może być objęta likwidacja barier architektonicznych w budynkach już istniejących. Dofinansowaniem ze środków PFRON nie może być objęte dostosowanie budynku nowo budowanego lub będącego w trakcie prac wykończeniowych.
3. Dofinansowanie ze środków PFRON kosztów likwidacji barier architektonicznych, następuje na pisemny wniosek, złożony do PCPR na wymaganym druku wraz z niezbędnymi załącznikami (załącznik nr 1).

4. Do obowiązków Wnioskodawcy należy uzyskanie uzgodnień, opinii i pozwoleń wymaganych przepisami szczególnymi.
5. Koszty uzyskania pozwolenia, zapewnienia nadzoru inwestorskiego, uzyskania niezbędnych uzgodnień i opinii pokrywa Wnioskodawca.
6. W przypadku powierzenia przez Wnioskodawcę wykonania budowy lub robót budowlanych wybranym przez siebie podmiotom, wymagane jest aby wykonawca udzielił gwarancji na wykonane prace oraz wykonał je z zachowaniem terminu określonego w umowie o dofinansowanie ze środków PFRON.
7. Wnioskodawca ponosi pełną odpowiedzialność za działania wykonawcy.
8. Wnioskodawca jest zobowiązany powiadomić PCPR, w formie pisemnej pod rygorem nieważności, o każdej zmianie mającej wpływ na realizację jego zobowiązań wynikających z umowy o dofinansowanie.
9. Wysokość przyznanego dofinansowania, sposób wypłacenia oraz zasady rozliczania określa umowa.
10. Wnioski o udzielenie dofinansowania likwidacji barier architektonicznych można składać w każdym czasie, jednakże z powodów organizacyjnych winny być składane do końca marca.
11. Wnioskodawca, któremu nie zostało przyznane dofinansowanie z powodu niewystarczającej ilości środków PFRON przeznaczonych na likwidację barier w danym roku, może wystąpić ponownie o dofinansowanie w roku następnym.
12. Od odmowy o przyznaniu dofinansowania Wnioskodawcy nie przysługuje odwołanie.
13. Na likwidację barier architektonicznych przyznaje się dofinansowanie do 95% kosztów przedsięwzięcia, nie więcej jednak niż 15 000,00 zł.
14. Przy rozpatrywaniu wniosków stosuje się:
    - ✓ kartę kwalifikacji wniosku dotycząca likwidacji barier architektonicznych (załącznik nr 2), która zawiera:
        - stopień i rodzaj niepełnosprawności,
        - ocenę sprawności ruchowej,
        - rodzaj bariery, o jaką ubiega się osoba niepełnosprawna,
        - sytuację zawodową,
        - zdolność zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych,
        - sytuację rodzinną,
        - średni dochód na osobę w rodzinie,
        - wcześniejsze korzystanie przez Wnioskodawcę ze środków PFRON na likwidację barier architektonicznych.
15. Pierwszeństwo w uzyskaniu dofinansowania będą miały wnioski, które osiągną najwyższą ilość punktów. W przypadku jednakowej ilości punktów pierwszeństwo ma osoba niepełnosprawna posiadająca niższy dochód. W sytuacji pozyskania dodatkowych środków np. z rezygnacji, wnioski wówczas składane, rozpatrywane są indywidualnie, bez karty oceny.
16. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, gdy osoba niepełnosprawna uzyska niższą liczbę punktów niż kwalifikująca do przyznania dofinansowania, Dyrektor Centrum po rozpatrzeniu wniosku i ocenie sytuacji wnioskodawcy może uwzględnić taki wniosek i przyznać dofinansowanie.

17. O wysokości dofinansowania ostatecznie decyduje udzielający dofinansowania (PCPR) kierując się listą wniosków i limitem środków przeznaczonych na zadanie.
18. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu między wnioskodawcą a Starostą Powiatu.

BARIERY W KOMUNIKOWANIU SIĘ

1. O dofinansowanie zakupu z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się, ze środków finansowych Funduszu mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, które mają trudności w komunikowaniu się, czyli ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji, potwierdzone aktualnym zaświadczeniem lekarskim wystawionym przez lekarza specjalistę.
2. Ze względu na ograniczoną wysokość środków finansowych oraz biorąc pod uwagę przewidywane potrzeby w zakresie niniejszego zadania ustala się, że w pierwszej kolejności dofinansowanie takie mogą otrzymać:
   - osoby głuchonieme, niedosłyszące,
   - osoby z wadą wymowy mające trudności w komunikowaniu się,
   - osoby niewidome/ głuchoniewidome,
   - osoby z zespołem Downa, autyzmem mające trudności w komunikowaniu się.
3. Wysokość dofinansowania wynosi do 95% ceny brutto zakupu urządzeń (wraz z montażem) lub wykonania usług z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się, nie więcej jednak niż 2000,00 zł.
4. Dofinansowanie na likwidację barier w komunikowaniu się może być udzielone Wnioskodawcy raz na 3 lata na pisemny wniosek (załącznik 3 lub 4). Oznacza to, że Wnioskodawca może ubiegać się o kolejne dofinansowanie tego samego zadania po upływie trzech lat od daty uzyskania poprzedniego dofinansowania.
5. Wnioski przyjmowane są przez cały rok, a ich realizacja następuje w kolejności napływania kompletnych wniosków przy uwzględnieniu punktu 2., aż do momentu wyczerpania środków finansowych Funduszu przeznaczonych na realizację zadania w bieżącym roku kalendarzowym.
6. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.
7. Każdy wniosek jest rozpatrywany z uwzględnieniem indywidualnych uwarunkowań psychofizycznych osób niepełnosprawnych, które będą korzystały z tego sprzętu, jej potrzeb wynikających z niepełnosprawności oraz faktycznej możliwości osiągnięcia celów w/w zadania przez osoby korzystające z wnioskowanego sprzętu.

BARIERY TECHNICZNE

1. O dofinansowanie likwidacji barier technicznych mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, jeżeli ich realizacja umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej sprawniejsze działanie w społeczeństwie i umożliwi wydajniejsze jej funkcjonowanie, wykonywanie podstawowych, codziennych czynności.
2. Wysokość dofinansowania wynosi do 95% kosztów przedsięwzięcia:
   1) nie więcej niż 1 500 zł do łóżka ortopedycznego,

2) nie więcej niż 3 000 zł w przypadku osoby poruszającej się na wózku inwalidzkim:
   a) do zakupu i montażu systemu automatycznego otwierania bramy wjazdowej/ garażowej,
   b) do zakupu i montażu przystawki do wózka inwalidzkiego – ręcznego typu handbike (oprzyrządowania technicznego wózka umożliwiającego likwidację barier konstrukcyjnych celem ułatwienia ręcznego napędzania wózka),
   c) do zakupu roweru trójkołowego o napędzie ręcznym.
3) nie więcej niż 12 000,00 zł do zakupu schodołazu,
4) nie więcej niż 2 000,00 zł do zakupu podnośnika,
5) nie więcej niż 1 000,00 zł do innego przedmiotu dofinansowania likwidującego barierę techniczną.

3. Dofinansowanie likwidacji barier technicznych może być udzielone Wnioskodawcy raz na 3 lata na pisemny wniosek (załącznik 5 lub 6). Oznacza to, że Wnioskodawca może ubiegać się o kolejne dofinansowanie tego samego zadania po upływie trzech lat od daty uzyskania poprzedniego dofinansowania.

4. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.

5. Wnioski przyjmowane są przez cały rok, a ich realizacja następuje w kolejności napływania kompletnych wniosków, aż do momentu wyczerpania środków finansowych Funduszu przeznaczonych na realizację zadania w bieżącym roku kalendarzowym.

DYREKTOR
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Tarnowie
mgr Anna Górska

Załącznik nr 1 do regulaminu

WNIOSEK

osoby niepełnosprawnej o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych - <u>likwidacji barier architektonicznych</u>

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej lub ubezwłasnowolnionej rodzice lub opiekun prawny)

1. Imię i nazwisko .....
2. Adres zamieszkania .....
3. Numer PESEL .....
4. Data urodzenia .....
5. Posiadany stopień niepełnosprawności:
   - znaczny /I grupa/ do dnia .....
   - umiarkowany /II grupa/ do dnia .....
   - lekki / III grupa/ do dnia .....
6. Nr telefonu.....
7. Dane opiekuna prawnego/pełnomocnika *(dotyczy dzieci oraz osób ubezwłasnowolnionych przez sąd i innych postanowień sądowych)*

   Imię i nazwisko .....

   PESEL .....

   Adres zamieszkania .....
8. Przedmiot dofinansowania *(wpisać nazwę przedmiotu)*

   .....
9. Miejsce realizacji zadania .....
10. Cel dofinansowania .....
11. Przewidywane koszty realizacji zadania *(kwota podana z kosztorysu przedwykonawczego)*

    .....
12. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

    .....
13. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków Funduszu

    ..... zł (*słownie złotych*) .....
14. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania:

.....

.....

.....

15. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania

.....

.....

16. Nazwa banku i numer rachunku bankowego

.....

I. UZASADNIENIE WNIOSKU DOTYCZĄCE SYTUACJI ZDROWOTNEJ OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ Z UWZGLĘDNIENIEM POTRZEB USUNIĘCIA BARIER WYNIKAJĄCYCH Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

....

(miejscowość i data) *(czytelny podpis wnioskodawcy lub pełnomocnika, opiekuna prawnego wnioskodawcy)*

II. OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Oświadczam, że moje gospodarstwo domowe składa się z następujących osób:

L.p.	Stopień pokrewieństwa	Wiek	Średni miesięczny dochód netto obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
Łącznie			

Łączny dochód netto gospodarstwa domowego .....zł.

Średni miesięczny dochód netto na 1 członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym **obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku**

wynosi .....zł.

Ja niżej podpisany/a, pouczony/a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego "Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat", składam stosowne do art. 75 §2 Kodeksu postępowania administracyjnego oświadczenie, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

Ja niżej podpisany/a, oświadczam, że nie mam zaległości w terminowym regulowaniu wymaganych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i nie byłem/am stroną umowy zawartej z tym Funduszem, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

Prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....

(data) *(podpis osoby składającej oświadczenie)*

Wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018 r., poz. 1000) oraz 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, w bazie danych PCPR w Tarnowie w celu realizacji procedury dofinansowania likwidacji barier architektonicznych.

.....

(podpis wnioskodawcy)

III. INFORMACJA O KWOTACH PRZYZNANYCH WCZEŚNIEJ ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał *(w ciągu ostatnich 3 lat licząc od dnia złożenia wniosku)* ze środków PFRON (*w tym poprzez jednostki samorządu powiatowego – PCPR*):

tak ☐ nie ☐

Cel (nazwa zadania ustawowego oraz /lub nazwa programu, w ramach, którego przyznana została pomoc)	Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Termin rozliczenia	Kwota rozliczona
	Razem kwota przyznana:		Razem kwota rozliczona:	

IV. WNIOSKODAWCA OBOWIĄZANY JEST DOSTARCZYĆ JAKO ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU:

1. Dokument *(aktualny wyciąg z księgi wieczystej ważny w roku składania wniosku)* potwierdzający, że jest właścicielem nieruchomości lub użytkownikiem wieczystym nieruchomości i posiada zgodę właściciela na dostosowanie lokalu lub budynku, który stale zamieszkuje, pod potrzeby wynikające z niepełnosprawności,
2. Aktualne orzeczenie *(kopia)* o stopniu niepełnosprawności wydane przez ZUS, Powiatowy Zespół orzekania o Niepełnosprawności lub orzeczenie *(kopia)* o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998r. *(KRUS),*
3. Zaświadczenie lekarskie *(wypisane w języku polskim)* ważne trzy miesiące dotyczące stanu zdrowia, przyczyny niepełnosprawności, wydane przez lekarza specjalistę, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności i jego wpływie na trudności w samodzielnym funkcjonowaniu w życiu codziennym,
4. Zaświadczenie o miejscu zameldowania,
5. Orzeczenie *(kopia)* o stopniu niepełnosprawności osoby wspólnie zamieszkującej będącej również osobą niepełnosprawną,

6. Kosztorys przedwykonawczy *(dołączyć po zakwalifikowaniu wniosku),*
7. Szkic domu,
8. Zaświadczenia o dochodach netto za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

V. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Ja niżej podpisany/a, oświadczam, że:

1. O wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatu Tarnowskiego *

   ☐ Tak ☐ Nie

2. Informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania.
3. **Przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji zadania usunięcia barier architektonicznych w miejscu zamieszkania oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa także w dniu podpisania umowy.**
4. Posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach usunięcia barier architektonicznych (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej co najmniej 5% ceny brutto).
5. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż środki finansowe stanowiące udział własny wnioskodawcy nie mogą pochodzić ze środków PFRON.
6. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez organ Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Tarnowie.
7. W ciągu ostatnich 3 lat byłem/am stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie*:

   ☐ Tak ☐ Nie

8. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy sprzedawcy/usługodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

Ponadto, zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy kosztem całkowitym zadania a przyznaną ze środków PFRON kwotą dofinansowania.

.....
(podpis wnioskodawcy)

* właściwe zaznaczyć

VI. UWAGI PRACOWNIKA PCPR PRZYJMUJĄCEGO WNIOSEK

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Tarnów, dnia ....

(pieczątka i podpis pracownika)

Dofinansowanie następuje po podpisaniu umowy, w proporcji:

- **do 95%** /nie więcej niż kwota dofinansowania wynikająca z umowy/ - środki PFRON
- **pozostały %** poniesionych kosztów zadania ponosi Wnioskodawca

---

VII. PRZYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA W WYSOKOŚCI

.....

..... *(słownie złotych)*

Tarnów, dnia ....

(Pieczątka i podpis pracownika)

Kontakt:
POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE
33-100 TARNÓW, UL. SZUJSKIEGO 66
TEL. 14 6213040 wew.30

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
Wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Tarnowie
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta: .....

Adres zamieszkania: .....

Data urodzenia: ..... nr PESEL .....

I. Rozpoznanie choroby zasadniczej będącej przyczyną wydania orzeczenia o niepełnosprawności

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

II. Osoba niepełnosprawna wymieniona powyżej ma trudności w poruszaniu się polegające na:

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

....
(miejscowość) *(data)* *(pieczątka i podpis lekarza specjalisty)*

Załącznik nr 2 do regulaminu

KARTA KWALIFIKACJI WNIOSKU DOTYCZĄCA LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH

Wniosek nr ..... z dnia .....

Nazwisko i imię wnioskodawcy ..... Wiek .....

Adres .....

Stopień niepełnosprawności		Dzieci do 16 roku życia oraz do ukończenia 24 roku życia w przypadku pobierania nauki	Znaczny	Umiarkowany	Lekki	**Punktacja**
		40	40	20	5	
Ocena sprawności ruchowej						
1	Leżąca,	40 pkt				
2	Wózek,	40 pkt				
3	Poruszająca się o kuli, balkoniku, czworonogu itp.	20 pkt				
4	Trudności w poruszaniu się	15	15	10	5	
5	Osoba niewidoma	20	20	15	5	
Proponowany przedmiot dofinansowania						
1	Dostosowanie łazienki				10	
2	Budowa podjazdu do wózka inwalidzkiego, krzesełka dźwigowego, windy				15	
3	Likwidacja innej bariery				5	
Sytuacja rodzinna						
1	Osoba samotna				15	
2	Osoba zamieszkująca z osobami niepełnosprawnymi				13	
3	Osoba zamieszkująca z rodziną/osobami niespokrewnionymi				11	
Zdolność zaspakajania podstawowych potrzeb życiowych						
1	Samodzielnie				5	
2	Z pomocą osoby drugiej				10	
Sytuacja zawodowa						
1	Dziecko (osoba w wieku do 18 lat)				30	
2	Młodzież od lat 18 do 24 ucząca się lub studiująca				15	
3	Zatrudniony lub prowadzący działalność gospodarczą				15	
4	Nie zatrudniony (bezrobotny, rencista lub emeryt)				5	
Korzystanie przez wnioskodawcę ze środków PFRON na likwidację barier architektonicznych w latach poprzednich						
1	Wnioskodawca nie korzystał				15	
2	Wnioskodawca korzystał z dofinansowania do likwidacji jednej bariery				5	
3	Wnioskodawca korzystał z dofinansowania do likwidacji więcej niż jednej bariery				0	
Średni dochód miesięczny na członka wspólnego gospodarstwa domowego						
1	Poniżej 600,00 zł (w rodzinie) / Poniżej 900,00 zł (osoba samotna)				10	

2	601,00-900,00 zł (w rodzinie) / 901,00 – 1200,00 zł (osoba samotna)	8	
3	901,00-1200,00 zł (w rodzinie) / 1201,00 – 1500,00 zł (osoba samotna)	6	
4	1201,00-1500,00 zł (w rodzinie) / 1501,00 – 1800,00 zł (osoba samotna)	4	
5	Powyżej 1500,00 zł (w rodzinie) / Powyżej1800,00 zł (osoba samotna)	1	
Wnioskodawca jest właścicielem nieruchomości lub występuje jako rodzic/właściciel nieruchomości/w imieniu niepełnosprawnego dziecka lub jest osoba dorosłą zamieszkującą w domu rodzinnym z rodzicami, którzy są właścicielami nieruchomości			
1	TAK	30	
2	NIE	0	
Tytuł prawny wnioskodawcy do lokalu			
1	Dożywotnie użytkowanie	5	
2	Najem	5	
3	Inne	5	
	SUMA PUNKTÓW		

Załącznik nr 3 do regulaminu

WNIOSEK

osoby niepełnosprawnej o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
<u>likwidacji barier w komunikowaniu się – /osoba dorosła/</u>
(wypełnia osoba niepełnosprawna lub opiekun prawny/pełnomocnik)

1. Imię i nazwisko .....
2. Adres zamieszkania .....
3. Numer PESEL .....
4. Data urodzenia .....
5. Posiadany stopień niepełnosprawności:
   - znaczny /I grupa/ do dnia .....
   - umiarkowany /II grupa/ do dnia .....
   - lekki / III grupa/ do dnia .....
6. Nr telefonu.....
7. Dane opiekuna prawnego/pełnomocnika *(dotyczy osób ubezwłasnowolnionych przez sąd i innych postanowień sądowych)*
   Imię i nazwisko .....
   PESEL .....
   Adres zamieszkania .....
8. Przedmiot dofinansowania *(wpisać nazwę przedmiotu)*
   .....
9. Miejsce realizacji zadania.....
10. Cel dofinansowania .....
11. Przewidywane koszty realizacji zadania *(kwota podana z oferty, która będzie aktualna przy spisywaniu umowy)* .....
12. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania.....
    .....
13. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków Funduszu
    ..... zł *(słownie złotych)*.....
14. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania:

.....

.....

.....

15. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania

.....

.....

16. Nazwa banku i numer rachunku bankowego

.....

I. UZASADNIENIE WNIOSKU DOTYCZĄCE SYTUACJI ZDROWOTNEJ OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ Z UWZGLĘDNIENIEM POTRZEB USUNIĘCIA BARIER WYNIKAJĄCYCH Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy lub pełnomocnika, opiekuna prawnego wnioskodawcy)

II. OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Oświadczam, że moje gospodarstwo domowe składa się z następujących osób:

L.p.	Stopień pokrewieństwa	Wiek	Średni miesięczny dochód netto obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
Łącznie			

Łączny miesięczny dochód netto gospodarstwa domowego .....zł.

Średni miesięczny dochód netto na 1 członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym **obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku**

wynosi .....zł.

Ja niżej podpisany/a, pouczony/a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego "Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat", składam stosowne do art. 75 §2 Kodeksu postępowania administracyjnego oświadczenie, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

Ja niżej podpisany/a, oświadczam, że nie mam zaległości w terminowym regulowaniu wymaganych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i nie byłem/am stroną umowy zawartej z tym Funduszem, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

Prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
(data)

.....
(podpis osoby składającej oświadczenie)

Wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018 r., poz. 1000) oraz 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, w bazie danych PCPR w Tarnowie w celu realizacji procedury dofinansowania likwidacji barier technicznych.

.....

(podpis wnioskodawcy)

III. INFORMACJA O KWOTACH PRZYZNANYCH WCZEŚNIEJ ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał *(w ciągu ostatnich 3 lat licząc od dnia złożenia wniosku)* ze środków PFRON (*w tym poprzez jednostki samorządu powiatowego – PCPR*): tak ☐ nie ☐				
Cel (nazwa zadania ustawowego oraz /lub nazwa programu, w ramach, którego przyznana została pomoc)	Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Termin rozliczenia	Kwota rozliczona
	Razem kwota przyznana:		Razem kwota rozliczona:	

IV. WNIOSKODAWCA OBOWIĄZANY JEST DOSTARCZYĆ JAKO ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU:

1. Aktualne orzeczenie *(kopia)* o stopniu niepełnosprawności wydane przez ZUS, Powiatowy Zespół orzekania o Niepełnosprawności lub orzeczenie *(kopia)* o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998r. *(KRUS)*,

2. Zaświadczenie lekarskie, wystawione przez lekarza specjalistę dotyczące stanu zdrowia (przyczyna niepełnosprawności), zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności i jego wpływie na trudności w komunikowaniu się,

3. Badanie słuchu – audiogram *(jeżeli dotyczy)*,

4. Opinia logopedy z uwzględnieniem konieczności dofinansowania do likwidacji barier w komunikowaniu się wynikającej z niepełnosprawności *(dotyczy osób uczących się)*,

5. Oferty cenowe z dwóch punktów sprzedaży,

6. Zaświadczenie z zakładu pracy ze wskazaniem zajmowanego stanowiska pracy *(jeżeli dotyczy),*

7. Zaświadczenia o dochodach netto za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

V. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Ja niżej podpisany/a, oświadczam, że:

1. O wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatu Tarnowskiego *

   ☐ Tak ☐ Nie

2. Informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
3. **Przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji zadania dofinansowania do usunięcia barier w komunikowaniu się oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa także w dniu podpisania umowy,**
4. Posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach w/w zadania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej - co najmniej 5% ceny brutto),
5. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż środki finansowe stanowiące udział własny wnioskodawcy nie mogą pochodzić ze środków PFRON,
6. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez organ Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Tarnowie,
7. W ciągu ostatnich 3 lat byłem/am stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie*:

   ☐ Tak ☐ Nie

8. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy sprzedawcy/usługodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

Ponadto, zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy kosztem całkowitym zakupionego sprzętu a przyznaną ze środków PFRON kwotą dofinansowania.

.....
(podpis wnioskodawcy)

* właściwe zaznaczyć

VI. UWAGI PRACOWNIKA PCPR PRZYJMUJĄCEGO WNIOSEK

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Tarnów, dnia .....

.....
(pieczątka i podpis pracownika)

Dofinansowanie następuje po podpisaniu umowy, w proporcji:

- **do 95%** (nie więcej niż kwota dofinansowania wynikająca z umowy) - środki PFRON
- **pozostały %** ceny zakupu wnioskowanego przedmiotu ponosi Wnioskodawca
- **po przedłożeniu faktury przez Wnioskodawcę w załączeniu do podpisanej umowy, a nie wcześniej.**

VII. PRZYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA W WYSOKOŚCI

Zł .....

(słownie złotych).....

Tarnów, dnia .....

.....
(pieczątka i podpis pracownika)

Kontakt:
POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE
33-100 TARNÓW, UL. SZUJSKIEGO 66
TEL. 14 6213040 wew.30

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
Wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Tarnowie
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta: .....

Adres zamieszkania: .....

Data urodzenia: ..... nr PESEL .....

I. Rozpoznanie choroby zasadniczej będącej przyczyną wydania orzeczenia o niepełnosprawności

.....
.....

II. Osoba niepełnosprawna wymieniona powyżej ma trudności w komunikowaniu się z otoczeniem polegające na:

.....

.....

.....

III. Trudności te mogą zostać zlikwidowane/ograniczone poprzez korzystanie z następujących urządzeń, sprzętów, pomocy technicznych:

.....

.....

.....

IV. Posiadanie w/w urządzeń, sprzętu, itp. wpłynie na poprawę komunikowania się z otoczeniem w następujący sposób:

.....

.....

.....	.....	.....
(miejscowość)	*(data)*	*(pieczątka i podpis lekarza specjalisty)*

WNIOSEK

osoby niepełnosprawnej o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
likwidacji barier w komunikowaniu się – /dziecko/
(wypełnia rodzic/opiekun prawny/pełnomocnik)

1. Imię i nazwisko .....
2. Adres zamieszkania .....
3. Numer PESEL .....
4. Data urodzenia .....
5. Posiadany stopień niepełnosprawności:
   - znaczny /I grupa/ do dnia .....
   - umiarkowany /II grupa/ do dnia .....
   - lekki / III grupa/ do dnia .....
6. Nr telefonu.....
7. Dane opiekuna prawnego/pełnomocnika
   Imię i nazwisko .....
   PESEL .....
   Adres zamieszkania .....
8. Przedmiot dofinansowania *(wpisać nazwę przedmiotu)*
   .....
9. Miejsce realizacji zadania.....
10. Cel dofinansowania .....
11. Przewidywane koszty realizacji zadania *(kwota podana z oferty, która będzie aktualna przy spisywaniu umowy)* .....
12. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania.....
    .....
13. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków Funduszu
    ..... zł *(słownie złotych)*.....
14. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania:
    .....
    .....
    .....

15. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania

....

....

16. Nazwa banku i numer rachunku bankowego

....

I. UZASADNIENIE WNIOSKU DOTYCZĄCE SYTUACJI ZDROWOTNEJ OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ Z UWZGLĘDNIENIEM POTRZEB USUNIĘCIA BARIER WYNIKAJĄCYCH Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI.

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

.... *(miejscowość i data)*

.... *(czytelny podpis wnioskodawcy lub pełnomocnika, opiekuna prawnego wnioskodawcy)*

II. OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Oświadczam, że moje gospodarstwo domowe składa się z następujących osób:

L.p.	Stopień pokrewieństwa	Wiek	Średni miesięczny dochód netto obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
Łącznie			

Łączny miesięczny dochód netto gospodarstwa domowego .....zł.

Średni miesięczny dochód netto na 1 członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym **obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku**

wynosi .....zł.

Ja niżej podpisany/a, pouczony/a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego "Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat", składam stosowne do art. 75 §2 Kodeksu postępowania administracyjnego oświadczenie, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

Ja niżej podpisany/a, oświadczam, że nie mam zaległości w terminowym regulowaniu wymaganych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i nie byłem/am stroną umowy zawartej z tym Funduszem, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

Prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....
(data) *(podpis osoby składającej oświadczenie)*

Wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018 r., poz. 1000) oraz 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, w bazie danych PCPR w Tarnowie w celu realizacji procedury dofinansowania likwidacji barier technicznych.

.....
(podpis wnioskodawcy)

III. INFORMACJA O KWOTACH PRZYZNANYCH WCZEŚNIEJ ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał *(w ciągu ostatnich 3 lat licząc od dnia złożenia wniosku)* ze środków PFRON (*w tym poprzez jednostki samorządu powiatowego – PCPR*): tak ☐ nie ☐				
Cel (nazwa zadania ustawowego oraz /lub nazwa programu, w ramach, którego przyznana została pomoc)	Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Termin rozliczenia	Kwota rozliczona
	Razem kwota przyznana:		Razem kwota rozliczona:	

IV. WNIOSKODAWCA OBOWIĄZANY JEST DOSTARCZYĆ JAKO ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU:

1. Aktualne orzeczenie *(kopia)* o stopniu niepełnosprawności wydane przez ZUS, Powiatowy Zespół orzekania o Niepełnosprawności lub orzeczenie *(kopia)* o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998r. *(KRUS)*,
2. Zaświadczenie lekarskie, wystawione przez lekarza specjalistę dotyczące stanu zdrowia (przyczyna niepełnosprawności), zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności i jego wpływie na trudności w komunikowaniu się,
3. Badanie słuchu – audiogram *(jeżeli dotyczy)*,
4. Opinia pedagoga szkolnego oraz logopedy z uwzględnieniem konieczności dofinansowania do likwidacji barier w komunikowaniu się wynikającej z niepełnosprawności *(dotyczy osób uczących się)*,
5. Oferty cenowe z dwóch punktów sprzedaży,
6. Zaświadczenie ze szkoły o kontynuowaniu nauki*(dotyczy osób uczących się)*,
7. Zaświadczenie o dochodach netto za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku,
8. Inne dokumenty wskazane przez PCPR w Tarnowie.....

.....

.....

.....

V. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Ja niżej podpisany/a, oświadczam, że:

1. O wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatu Tarnowskiego *

   ☐ Tak ☐ Nie

2. Informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
3. **Przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji zadania dofinansowania do usunięcia barier w komunikowaniu się oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa także w dniu podpisania umowy,**
4. Posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach w/w zadania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej - co najmniej 5% ceny brutto),
5. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż środki finansowe stanowiące udział własny wnioskodawcy nie mogą pochodzić ze środków PFRON,
6. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez organ Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Tarnowie,
7. W ciągu ostatnich 3 lat byłem/am stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie*:

   ☐ Tak ☐ Nie

8. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy sprzedawcy/usługodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

Ponadto, zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy kosztem całkowitym zakupionego sprzętu a przyznaną ze środków PFRON kwotą dofinansowania.

.....
(podpis wnioskodawcy)

---

* właściwe zaznaczyć

VI. UWAGI PRACOWNIKA PCPR PRZYJMUJĄCEGO WNIOSEK

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Tarnów, dnia .....

.....
(pieczątka i podpis pracownika)

Dofinansowanie następuje po podpisaniu umowy, w proporcji:

- **do 95%** (nie więcej niż kwota dofinansowania wynikająca z umowy) - środki PFRON
- **pozostały %** ceny zakupu wnioskowanego przedmiotu ponosi Wnioskodawca
- **po przedłożeniu faktury przez Wnioskodawcę w załączeniu do podpisanej umowy, a nie wcześniej.**

VII. PRZYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA W WYSOKOŚCI

Zł .....

(słownie złotych).....

Tarnów, dnia .....

.....
(pieczątka i podpis pracownika)

Kontakt:
POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE
33-100 TARNÓW, UL. SZUJSKIEGO 66
TEL. 14 6213040 wew.30

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
Wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Tarnowie
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta: .....

Adres zamieszkania: .....

Data urodzenia: ..... nr PESEL .....

I. Rozpoznanie choroby zasadniczej będącej przyczyną wydania orzeczenia o niepełnosprawności

.....
.....

II. Osoba niepełnosprawna wymieniona powyżej ma trudności w komunikowaniu się z otoczeniem polegające na:

.....

.....

.....

III. Trudności te mogą zostać zlikwidowane/ograniczone poprzez korzystanie z następujących urządzeń, sprzętów, pomocy technicznych:

.....

.....

.....

IV. Posiadanie w/w urządzeń, sprzętu, itp. wpłynie na poprawę komunikowania się z otoczeniem w następujący sposób:

.....

.....

.....	.....	.....
(miejscowość)	*(data)*	*(pieczątka i podpis lekarza specjalisty)*

WNIOSEK

osoby niepełnosprawnej o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych
/łóżko ortopedyczne/

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej lub ubezwłasnowolnionej rodzice lub opiekun prawny)

1. Imię i nazwisko .....
2. Adres zamieszkania .....
3. Numer PESEL .....
4. Data urodzenia .....
5. Posiadany stopień niepełnosprawności:
   - znaczny /I grupa/ do dnia .....
   - umiarkowany /II grupa/ do dnia .....
   - lekki / III grupa/ do dnia .....
6. Nr telefonu.....
7. Dane opiekuna prawnego/pełnomocnika *(dotyczy dzieci oraz osób ubezwłasnowolnionych przez sąd i innych postanowień sądowych)*
   Imię i nazwisko .....
   PESEL .....
   Adres zamieszkania .....
8. Przedmiot dofinansowania *(wpisać nazwę przedmiotu)*
   .....
9. Miejsce realizacji zadania.....
10. Cel dofinansowania .....
11. Przewidywane koszty realizacji zadania *(kwota podana z oferty, która będzie aktualna przy spisywaniu umowy)* .....
12. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania.....
    .....
13. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków Funduszu
    ..... zł *(słownie złotych)*.....
14. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania:
    .....
    .....

15. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania

....

....

16. Nazwa banku i numer rachunku bankowego

....

I. UZASADNIENIE WNIOSKU DOTYCZĄCE SYTUACJI ZDROWOTNEJ OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ Z UWZGLĘDNIENIEM POTRZEB USUNIĘCIA BARIER WYNIKAJĄCYCH Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI.

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

(miejscowość i data) *(czytelny podpis wnioskodawcy lub pełnomocnika, opiekuna prawnego wnioskodawcy)*

II. OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Oświadczam, że moje gospodarstwo domowe składa się z następujących osób:

L.p.	Stopień pokrewieństwa	Wiek	Średni miesięczny dochód netto obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
Łącznie			

Łączny miesięczny dochód netto gospodarstwa domowego .....zł.

Średni miesięczny dochód netto na 1 członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym **obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku**

wynosi .....zł.

Ja niżej podpisany/a, pouczony/a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego "Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat", składam stosowne do art. 75 §2 Kodeksu postępowania administracyjnego oświadczenie, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

Ja niżej podpisany/a, oświadczam, że nie mam zaległości w terminowym regulowaniu wymaganych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i nie byłem/am stroną umowy zawartej z tym Funduszem, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

Prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....
(data) *(podpis osoby składającej oświadczenie)*

Wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018 r., poz. 1000) oraz 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, w bazie danych PCPR w Tarnowie w celu realizacji procedury dofinansowania likwidacji barier technicznych.

.....
(podpis wnioskodawcy)

III. INFORMACJA O KWOTACH PRZYZNANYCH WCZEŚNIEJ ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał *(w ciągu ostatnich 3 lat licząc od dnia złożenia wniosku)* ze środków PFRON (*w tym poprzez jednostki samorządu powiatowego – PCPR*): tak ☐ nie ☐				
Cel (nazwa zadania ustawowego oraz /lub nazwa programu, w ramach, którego przyznana została pomoc)	Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Termin rozliczenia	Kwota rozliczona
	Razem kwota przyznana:		Razem kwota rozliczona:	

IV. WNIOSKODAWCA OBOWIĄZANY JEST DOSTARCZYĆ JAKO ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU:

1. Aktualne orzeczenie *(kopia)* o stopniu niepełnosprawności wydane przez ZUS, Powiatowy Zespół orzekania o Niepełnosprawności lub orzeczenie *(kopia)* o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998r. *(KRUS)*,

2. Zaświadczenie lekarskie, ważne trzy miesiące *(wypisane w języku polskim)*, dotyczące stanu zdrowia, przyczyny niepełnosprawności, wydane przez lekarza specjalistę *(neurologa, reumatologa, ortopedę lub innego specjalistę)*, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności i jego wpływie na trudności w samodzielnym funkcjonowaniu w życiu codziennym i konieczności zakupu łóżka ortopedycznego oraz informację czy osoba niepełnosprawna jest osobą **przewlekle chorą - leżącą**,

3. Orzeczenie (*kopia)* o stopniu niepełnosprawności osoby wspólnie zamieszkującej będącej również osobą niepełnosprawną,

4. Oferty cenowe z dwóch punktów sprzedaży,

5. Zaświadczenia o dochodach netto za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

V. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Ja niżej podpisany/a, oświadczam, że:

1. O wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatu Tarnowskiego *

   ☐ Tak ☐ Nie

2. Informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
3. **Przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji zadania dofinansowania do usunięcia barier technicznych oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa także w dniu podpisania umowy,**
4. Posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach w/w zadania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej - co najmniej 5% ceny brutto),
5. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż środki finansowe stanowiące udział własny wnioskodawcy nie mogą pochodzić ze środków PFRON,
6. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez organ Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Tarnowie,
7. W ciągu ostatnich 3 lat byłem/am stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie*:

   ☐ Tak ☐ Nie

8. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy sprzedawcy/usługodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

Ponadto, zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy kosztem całkowitym zakupionego sprzętu a przyznaną ze środków PFRON kwotą dofinansowania.

.....
(podpis wnioskodawcy)

---

* właściwe zaznaczyć

VI. UWAGI PRACOWNIKA PCPR PRZYJMUJĄCEGO WNIOSEK

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Tarnów, dnia .....

.....
(pieczątka i podpis pracownika)

Dofinansowanie następuje po podpisaniu umowy, w proporcji:

- **do 95%** (nie więcej niż kwota dofinansowania wynikająca z umowy) - środki PFRON
- **pozostały %** ceny zakupu wnioskowanego przedmiotu ponosi Wnioskodawca
- **po przedłożeniu faktury przez Wnioskodawcę w załączeniu do podpisanej umowy, a nie wcześniej.**

VII. PRZYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA W WYSOKOŚCI

Zł .....

(słownie złotych).....

Tarnów, dnia .....

.....
(pieczątka i podpis pracownika)

Kontakt:
POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE
33-100 TARNÓW, UL. SZUJSKIEGO 66
TEL. 14 6213040 wew.30

.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Tarnowie

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta: .....

Adres zamieszkania: .....

Data urodzenia: ..... nr PESEL .....

I. Rozpoznanie choroby zasadniczej będącej przyczyną wydania orzeczenia o niepełnosprawności

.....

.....

II. Osoba niepełnosprawna wymieniona powyżej ma przeszkody uniemożliwiające pokonywanie pewnych ograniczeń w środowisku lub w miejscu zamieszkania uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności takie jak:

.....

.....

.....

III. Czy osoba niepełnosprawna jest osobą przewlekle chorą – leżącą .....

.....

IV. Trudności te mogą zostać zlikwidowane/ograniczone w ramach usunięcia bariery technicznej poprzez dofinansowanie do zakupu niżej wymienionego przedmiotu- sprzętu :

.....

.....

.....

....

(miejscowość) *(data)* *(pieczątka i podpis lekarza specjalisty)*

Załącznik nr 6 do regulaminu

WNIOSEK

osoby niepełnosprawnej o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej lub ubezwłasnowolnionej rodzice lub opiekun prawny)

1. Imię i nazwisko .....
2. Adres zamieszkania .....
3. Numer PESEL .....
4. Data urodzenia .....
5. Posiadany stopień niepełnosprawności:
   - znaczny /I grupa/ do dnia .....
   - umiarkowany /II grupa/ do dnia .....
   - lekki / III grupa/ do dnia .....
6. Nr telefonu.....
7. Dane opiekuna prawnego/pełnomocnika *(dotyczy dzieci oraz osób ubezwłasnowolnionych przez sąd i innych postanowień sądowych)*

   Imię i nazwisko .....

   PESEL .....

   Adres zamieszkania .....
8. Przedmiot dofinansowania *(wpisać nazwę przedmiotu)*

   .....
9. Miejsce realizacji zadania.....
10. Cel dofinansowania .....
11. Przewidywane koszty realizacji zadania *(kwota podana z oferty, która będzie aktualna przy spisywaniu umowy)* .....
12. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania.....

    .....
13. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków Funduszu

    ..... zł *(słownie złotych)*.....
14. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania:

    .....

    .....

    .....

15. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania

....

....

16. Nazwa banku i numer rachunku bankowego

....

I. UZASADNIENIE WNIOSKU DOTYCZĄCE SYTUACJI ZDROWOTNEJ OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ Z UWZGLĘDNIENIEM POTRZEB USUNIĘCIA BARIER WYNIKAJĄCYCH Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI.

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

(miejscowość i data) *(czytelny podpis wnioskodawcy lub pełnomocnika, opiekuna prawnego wnioskodawcy)*

II. OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Oświadczam, że moje gospodarstwo domowe składa się z następujących osób:

L.p.	Stopień pokrewieństwa	Wiek	Średni miesięczny dochód netto obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
Łącznie			

Łączny miesięczny dochód netto gospodarstwa domowego .....zł.

Średni miesięczny dochód netto na 1 członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym **obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku**

wynosi .....zł.

Ja niżej podpisany/a, pouczony/a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego "Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat", składam stosowne do art. 75 §2 Kodeksu postępowania administracyjnego oświadczenie, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

Ja niżej podpisany/a, oświadczam, że nie mam zaległości w terminowym regulowaniu wymaganych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i nie byłem/am stroną umowy zawartej z tym Funduszem, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

Prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....
(data) *(podpis osoby składającej oświadczenie)*

Wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018 r., poz. 1000) oraz 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, w bazie danych PCPR w Tarnowie w celu realizacji procedury dofinansowania likwidacji barier technicznych.

.....
(podpis wnioskodawcy)

III. INFORMACJA O KWOTACH PRZYZNANYCH WCZEŚNIEJ ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał *(w ciągu ostatnich 3 lat licząc od dnia złożenia wniosku)* ze środków PFRON (*w tym poprzez jednostki samorządu powiatowego – PCPR*):

tak ☐ nie ☐

Cel (nazwa zadania ustawowego oraz /lub nazwa programu, w ramach, którego przyznana została pomoc)	Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Termin rozliczenia	Kwota rozliczona
	Razem kwota przyznana:		Razem kwota rozliczona:	

IV. WNIOSKODAWCA OBOWIĄZANY JEST DOSTARCZYĆ JAKO ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU:

1. Aktualne orzeczenie *(kopia)* o stopniu niepełnosprawności wydane przez ZUS, Powiatowy Zespół orzekania o Niepełnosprawności lub orzeczenie *(kopia)* o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998r. *(KRUS)*,

2. Zaświadczenie lekarskie, ważne trzy miesiące *(wypisane w języku polskim)*, dotyczące stanu zdrowia, przyczyny niepełnosprawności, wydane przez lekarza specjalistę *(neurologa, reumatologa, ortopedę lub innego specjalistę)*, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności i jego wpływie na trudności w samodzielnym funkcjonowaniu w życiu codziennym i konieczności zakupu wskazanego sprzętu,

3. Orzeczenie *(kopia)* o stopniu niepełnosprawności osoby wspólnie zamieszkującej będącej również osobą niepełnosprawną,

4. Oferty cenowe z dwóch punktów sprzedaży,

5. Zaświadczenia o dochodach netto za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

V. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Ja niżej podpisany/a, oświadczam, że:

1. O wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatu Tarnowskiego *

   ☐ Tak ☐ Nie

2. Informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
3. **Przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji zadania dofinansowania do usunięcia barier technicznych oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa także w dniu podpisania umowy,**
4. Posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach w/w zadania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej - co najmniej 5% ceny brutto),
5. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż środki finansowe stanowiące udział własny wnioskodawcy nie mogą pochodzić ze środków PFRON,
6. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez organ Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Tarnowie,
7. W ciągu ostatnich 3 lat byłem/am stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie*:

   ☐ Tak ☐ Nie

8. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy sprzedawcy/usługodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

Ponadto, zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy kosztem całkowitym zakupionego sprzętu a przyznaną ze środków PFRON kwotą dofinansowania.

.....

(podpis wnioskodawcy)

---

* właściwe zaznaczyć

VI. UWAGI PRACOWNIKA PCPR PRZYJMUJĄCEGO WNIOSEK

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Tarnów, dnia .....

.....
(pieczątka i podpis pracownika)

Dofinansowanie następuje po podpisaniu umowy, w proporcji:

- **do 95%** (nie więcej niż kwota dofinansowania wynikająca z umowy) - środki PFRON
- **pozostały %** ceny zakupu wnioskowanego przedmiotu ponosi Wnioskodawca
- **po przedłożeniu faktury przez Wnioskodawcę w załączeniu do podpisanej umowy, a nie wcześniej.**

VII. PRZYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA W WYSOKOŚCI

Zł .....

(słownie złotych).....

Tarnów, dnia .....

.....
(pieczątka i podpis pracownika)

Kontakt:
POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE
33-100 TARNÓW, UL. SZUJSKIEGO 66
TEL. 14 6213040 wew.30

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
Wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Tarnowie
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta: .....

Adres zamieszkania: .....

Data urodzenia: ..... nr PESEL .....

I. Rozpoznanie choroby zasadniczej będącej przyczyną wydania orzeczenia o niepełnosprawności

.....
.....

II. Osoba niepełnosprawna wymieniona powyżej ma przeszkody uniemożliwiające pokonywanie pewnych ograniczeń w środowisku lub w miejscu zamieszkania uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności takie jak:

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

III. Trudności te mogą zostać zlikwidowane/ograniczone w ramach usunięcia bariery technicznej poprzez dofinansowanie do zakupu niżej wymienionego przedmiotu- sprzętu :

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

....
(miejscowość) *(data)* *(pieczątka i podpis lekarza specjalisty)*