

W N I O S E K

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:
.....
.....
.....

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 domowegozł.

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

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 stosownie 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 PRYZNANYCH 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 <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>				
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

.....
(pieczętka 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. PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA W WYSOKOŚCI

Zł
(słownie złotych).....

Tarnów, dnia

.....
(pieczętka i podpis pracownika)

Kontakt:
POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE
33-100 TARNÓW, UL. URSZULAŃSKA 19
TEL. 14 621 56 83 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)

.....
(pieczęćka i podpis lekarza specjalisty)