

Numer sprawy.....

Data przyjęcia wniosku (wypełnia GCPR).....

**Gorzowskie Centrum
Pomocy Rodzinie
ul. Walczaka 42
66-400 Gorzów Wlkp.**

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zakupu urządzeń z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych.

1. Dane personalne Wnioskodawcy (osoby niepełnosprawnej, której dotyczy wniosek)

(proszę wypełnić czytelnie drukowanymi literami)

| DANE PERSONALNE | ADRES ZAMIESZKANIA |
|-----------------------------------|---|
| Imię..... | Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Nazwisko..... | Poczt..... |
| Data urodzenia..... | Miejscowość..... |
| PESEL..... | Ulica..... |
| Seria i nr dowodu osobistego..... | Nr domu..... nr m..... |
| z dnia | Telefon..... |
| wydany przez | |

2. Dane personalne osoby składającej wniosek w imieniu osoby niepełnosprawnej:

(we właściwym polu należy wstawić znak x)

- przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy),
- opiekun prawny (dla osoby ubezwłasnowolnionej)
- lub pełnomocnik Wnioskodawcy (na podstawie pisemnego pełnomocnictwa)

Imię i nazwisko

Dowód osobisty: seria i nr wydany w dniu

przez

Nr PESEL.....

Miejscowość..... ulica nr

domu nr lokalu nr kodu-..... poczta powiat

..... województwo

nr telefonu.....

3. Stopień niepełnosprawności

| | |
|---|--|
| Znaczny (całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji lub I grupa inwalidztwa) | |
| Umiarkowany (całkowita niezdolność do pracy lub II grupa inwalidztwa) | |
| Lekki (częściowa niezdolność do pracy lub III grupa inwalidzka) | |

Ważność dokumentu:

- ✓ Stała.....
- ✓ Okresowa do.....

4. Rodzaj niepełnosprawności

| | |
|---|--|
| Dysfunkcja narządów ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim | |
| Inna dysfunkcja narządów ruchu | |
| Dysfunkcja narządów wzroku | |
| Dysfunkcja narządów słuchu i mowy | |
| Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe) | |
| Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia | |

5. Sytuacja zawodowa

| | |
|---|--|
| Zatrudniony/ prowadzący działalność gospodarczą | |
| Bezrobotny poszukujący pracy | |
| Rencista nie zainteresowany podjęciem pracy | |
| Rencista poszukujący pracy | |
| Młodzież od lat 18-24 ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca | |
| Dzieci i młodzież do lat 18 | |

6. Dane informacyjne o wnioskodawcy

| Wykształcenie | Zaznacz właściwe |
|---------------------|------------------|
| Niepełne podstawowe | |
| Podstawowe | |
| Zawodowe | |
| Średnie | |
| Policealne | |
| Wyższe | |

| Rodzaj źródła utrzymania | Zaznacz właściwe |
|---------------------------------------|------------------|
| Wynagrodzenie za pracę | |
| Przychody z działalności gospodarczej | |
| Renta | |
| Emerytura | |
| Zasiłek dla bezrobotnych | |
| Renta socjalna | |
| Stypendium | |

wstaw x we właściwej rubryce

7. Zwracam się z prośbą o dofinansowanie ze środków PFRON do

zakupu: (należy podać nazwę urządzenia, która zostanie ujęta na fakturze i cenę)

- a.
- b.
- c.

8. Przewidywana cena zakupu urządzenia wymienionego w pkt. 7 wg faktury proforma: (numer i datę faktury proforma/ innego dokumentu oraz cenę urządzenia)

.....
deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania

..... (słownie).....

procent kosztów zadania do pokrycia ze środków PFRON nie więcej niż 95%

..... (słownie).....

9. Cel dofinansowania wraz z uzasadnieniem:

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

10. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON? *

- Tak
- Nie

| Cel (nazwa programu lub zadania w ramach którego została przyznana pomoc) | Numer data zawarcia umowy | Kwota wykorzystana | Kwota rozliczona |
|--|---------------------------|--------------------|------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Posiadam/ nie posiadam wymagalne zobowiązania wobec PFRON. *

Jeśli tak, podać rodzaj i wysokość wymagalnego zobowiązania

.....
.....

* niepotrzebne skreślić

11. Dofinansowanie proszę przekazać na (właściwe podkreślić):

- moje konto osobiste (nazwa banku, numer rachunku)

.....
.....

- konto sprzedawcy (w przypadku płacenia faktur- przelew)

- do kasy Urzędu Miejskiego (odbiór osobisty)

- wypłata upoważnionej przeze mnie osobie.....

12. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:

.....
.....

13. Miejsce realizacji zadania (instalacji urządzenia):

..... miejscowość kod pocztowy ulica nr

14. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania przedsięwzięcia:

Posiadam inne, poza uzyskanymi z własnych przychodów środki na sfinansowanie zadania lub przyrzeczenie otrzymania środków *

- tak
- nie

Jeśli tak, podać kwotę i źródło pochodzenia środków:

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

Oświadczam, że:

1. podane informacje są zgodne z prawdą,
2. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego realizowanego zadania,
3. wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych, w bazie danych Gorzowskiego Centrum Pomocy Rodzinie w Gorzowie Wlkp.

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „nie dotyczy”.

....., data

.....
(podpis Wnioskodawcy*, przedstawiciela ustawowego*
opiekuna prawnego*, pełnomocnika*)

* niepotrzebne skreślić

Załączniki do wniosku:

- kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności oraz **oryginał do wglądu**,
- załącznik nr 1-oświadczenie o dochodach Wnioskodawcy i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym,
- załącznik nr 2 zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia potwierdzone zaświadczeniem lekarza specjalisty lub zaświadczeniem specjalisty z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej (**dotyczy osób ubiegających się o dofinansowanie do likwidacji barier w komunikowaniu się**)
- faktura proforma/oferta cenowa na wnioskowane urządzenia wystawiona przez sprzedawcę
- kopia pełnomocnictwa oryginał do wglądu

**Załącznik nr 1 do wniosku o dofinansowanie
zakupu urządzeń w zakresie likwidacji
barier w komunikowaniu się i technicznych**

Miejscowość.....data.....

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

OŚWIADCZENIE

Ja....., niżej podpisany świadom odpowiedzialności karnej art. 233 Kodeksu Karnego oświadczam co następuje:

Liczba osób w mojej Rodzinie pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym (łącznie ze mną) wynosi..... osób. Są to (proszę wymienić te osoby z imienia i nazwiska podając stopień pokrewieństwa):

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

Przeciętny miesięczny dochód rodziny (tj. wszystkich osób pozostających ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym) w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku

| l.p. | imię i nazwisko | kwota średniego miesięcznego dochodu za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku * | uwagi ** |
|-----------------------|-----------------|--|----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| RAZEM DOCHODY: | | | |

Objaśnienia:

* w przypadku braku dochodu wpisać „bez dochodu”

** w „uwagach” w przypadku dzieci i młodzieży uczącej się podać wiek i czy się uczy lub studiuje

Niniejszym oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód na 1 osobę w moim gospodarstwie domowym**, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku **wynosił zł.**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 i Nr 153, poz. 1271).

Powyższe oświadczenie składam w związku z ubieganiem się o dofinansowanie ze środków PFRON.

....., data

.....
(podpis Wnioskodawcy*, przedstawiciela ustawowego*
opiekuna prawnego*, pełnomocnika*)

* niepotrzebne skreślić

Zasady dofinansowania likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych

1. Likwidacja barier w komunikowaniu polega na likwidacji ograniczeń uniemożliwiających lub utrudniających osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji oraz kontakt z otoczeniem.

2. Likwidacja barier technicznych powinna powodować sprawniejsze działanie oraz funkcjonowanie osoby niepełnosprawnej w społeczeństwie i życiu codziennym.

Likwidacja barier w komunikowaniu się i technicznych powinna poprawić warunki pracy i nauki oraz zwiększyć niezależność i samodzielność życiową.

O dofinansowanie może ubiegać się osoba niepełnosprawna, jeżeli nie uzyskała na ten cel dofinansowania w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku.

Dofinansowanie nie obejmuje kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON!!!!!!

Wysokość dofinansowania wynosi do 95% kosztów przedsięwzięcia.

Wnioski można składać w każdym czasie.

....., data

.....
(podpis Wnioskodawcy*, przedstawiciela ustawowego*
opiekuna prawnego*, pełnomocnika*)

* niepotrzebne skreślić

.....
(pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej)

ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb Gorzowskiego Centrum Pomocy Rodzinie w Gorzowie Wlkp.

prosimy wypełnić czytelnie i w języku polskim

1. Imię i nazwisko
2. Data urodzenia
3. Adres zamieszkania.....
4. Rodzaj niepełnosprawności spowodowany

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

5. Czy niepełnosprawność pacjenta powoduje trudności w komunikowaniu się z otoczeniem ?
(właściwe zakreślić)

- Tak
- Nie

6. Prosimy wymienić urządzenie/sprzęt , którego zakup umożliwi lub znacznie ułatwi osobie niepełnosprawnej komunikowanie się z otoczeniem.....

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

.....
miejscowość i data

.....
(Pieczętka i podpis lekarza specjalisty
wystawiającego zaświadczenie)