



Data wpływu:

Nr sprawy:

WNIOSEK

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji
Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się w związku
z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych**

POUCZENIE: zakupu przedmiotu wniosku nie można dokonać przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON

Część A – DANE WNIOSKODAWCY**ROLA WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczonego notarialnie
Postanowieniem Sądu:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	
Na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie z dnia:	
Imię i nazwisko notariusza:	
Repertorium nr:	
Zakres pełnomocnictwa:	<input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie <input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania <input type="checkbox"/> do zawarcia umowy <input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku <input type="checkbox"/> do złożenia wniosku <input type="checkbox"/> inne

Do wniosku należy dołączyć kopię dokumentów potwierdzających ustanowienie wnioskodawcy opiekunem prawnym podopiecznego lub kopię pełnomocnictwa upoważniającego do reprezentowania mocodawcy.

Jako pełnomocnik oświadczam, iż nie jestem i w ciągu ostatnich trzech lat nie byłem właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm(y), oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku, ani nie jestem i nie byłem w żaden inny sposób powiązany z zarządem tych firm poprzez np.: związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES KORESPONDENCYJNY

<input type="checkbox"/> Taki sam jak adres zamieszkania	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Numer orzeczenia:	
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność:	<input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Rodzaj niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne: <input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe
Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

ŚREDNI DOCHÓDWnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe: indywidualne wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: w tym osób z niepełnosprawnością:

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Informacja o korzystaniu ze środków PFRON obejmuje dofinansowanie otrzymane na podstawie zawartych umów. Nie należy więc wykazywać pomocy uzyskanej w ramach zadania: przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Ze środków PFRON:

- nie korzystałem
 korzystałem

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU**PRZEDMIOT WNIOSKU**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:	
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):	
Słownie:	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:	
Słownie:	
co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:	
Deklarowane środki własne:	
Inne źródła dofinansowania:	
Cel dofinansowania:	

Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON powinna wynosić do 95% kosztów realizacji zadania. Przewidywany koszt realizacji zadania nie powinien być większy niż suma kwoty wnioskowanej, deklaryowanych środków własnych oraz innych źródeł finansowania.

WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:	
Miejsce realizacji zadania:	
Termin rozpoczęcia:	
Przewidywany czas realizacji:	

OPIS PONIESIONYCH NAKŁADÓW

Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł dofinansowania

FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Właściciel konta (imię i nazwisko):	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego	

Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

Część C – Dane dodatkowe**SYTUACJA ZAWODOWA**

- Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
 Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
 Bezrobotny poszukujący pracy
 Rencista poszukujący pracy
 Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
 Dzieci i młodzież do lat 18
 Inne/jakie?

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że w ciągu 3 lat poprzedzających złożenie wniosku nie uzyskałam/em ze środków PFRON dofinansowania do likwidacji barier w komunikowaniu się oraz że o udzielenie wsparcia w zakresie objętym wnioskiem nie ubiegam się na terenie innej jednostki samorządu terytorialnego (powiatu).

Oświadczam, że w ciągu trzech lat poprzedzających złożenie wniosku nie byłam/em stroną żadnej umowy z PFRON o udzielenie wsparcia rozwiązanej z mojej winy.

Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON oraz Warszawskiego Centrum Pomocy Rodzinie, w szczególności wynikających z niewłaściwie zrealizowanych lub nierozliczonych umów dofinansowań.

Oświadczam, że jestem świadoma/świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:

Warszawskie Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Lipińska 2, 01-833 Warszawa.

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu rozpatrzenia wniosku, przyznania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i jego rozliczenia na podstawie obowiązujących przepisów prawa i podpisanych umów. Ma Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych, ich sprostowania i uzupełnienia, żądania ograniczenia przetwarzania danych. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych na niezgodne z prawem przetwarzanie danych przez Administratora. Szczegółowe informacje o zasadach przetwarzania danych przez Warszawskie Centrum Pomocy Rodzinie są dostępne w Kancelarii Stołecznego Centrum Osób Niepełnosprawnych (ul. gen Andersa 5, 00-147 Warszawa) oraz na stronie internetowej Centrum pod adresem www.wcpr.pl w zakładce Osoby niepełnosprawne.

WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

w przypadku wymaganych kserokopii oryginały dokumentów należy przedstawić do wglądu	
1.	Uzasadnienie składanego wniosku (załącznik nr 1 do wniosku);
2.	kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności, orzeczenia do celów rentowych lub kopia wypisu z treści orzeczenia;
3.	faktura pro-forma na sprzęt lub inny dokument potwierdzający planowany koszt zakupu;
4.	w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej - kserokopia zaświadczenia lub wyroku Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego;
5.	w przypadku reprezentowania wnioskodawcy przez pełnomocnika – oryginał pełnomocnictwa lub kserokopia pełnomocnictwa poświadczonego przez notariusza;
6.	aktualne zaświadczenie lekarskie – jako uzupełnienie uzasadnienia wskazanego poniżej;

Załącznik nr 1 do wniosku

UZASADNIENIE SKŁADANEGO WNIOSKU ZE WSKAZANIEM POTRZEB WYNIKAJĄCYCH Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Wsparcie polega na dofinansowaniu likwidacji barier w komunikowaniu się, uniemożliwiających osobom niepełnosprawnym samodzielne funkcjonowanie. Bariery w komunikowaniu się to ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji. Przekonaj nas, że Twój wniosek jest zasadny, a zgłoszona potrzeba związana jest z napotykanymi ograniczeniami w codziennym funkcjonowaniu.

--	--	--

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

pieczętka nagłówkowa
placówki ochrony zdrowia

Warszawa,

Zaświadczenie lekarskie
wydane na potrzeby Warszawskiego Centrum Pomocy Rodzinie
(załącznik do wniosku o dofinansowanie likwidacji barier technicznych/w komunikowaniu się)

Imię i nazwisko pacjenta

Data urodzenia

1. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia niepełnosprawności lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności:

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

2. Potrzeby pacjenta w zakresie likwidacji barier wynikających z niepełnosprawności:

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

3. Rodzaj sprzętu (z uwzględnieniem informacji w jaki sposób sprzęt ułatwi lub umożliwi pacjentowi wykonywanie codziennych czynności lub kontakt z otoczeniem):

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

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie