

Data wpływu:

Nr wniosku BK/DZ*/_____/_____/_____

Nr sprawy DdRS.6103.1._____/_____

**WNIOSEK
O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON DO LIKWIDACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ**

1. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY / DZIECKU / PODOPIECZNYM *

Imię i nazwisko

PESEL

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

ADRES ZAMIESZKANIA (pobyt stały)

Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica	Nr domu	Nr lokalu
Powiat	Województwo	Nr telefonu		

2. DANE DOTYCZĄCE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/OPIEKUNA PRAWNEGO/ PEŁNOMOCNIKA *

- Rodzic osoby niepełnosprawnej
- Opiekun prawny osoby niepełnosprawnej ustanowiony - postanowienie Sądu Rejonowego z dn. _____
sygn. akt/ na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza _____ z dn. _____

Imię i nazwisko

PESEL

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

ADRES ZAMIESZKANIA

Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica	Nr domu	Nr lokalu
Powiat	Województwo	Nr telefonu		

3. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI: WNIOSKODAWCY / DZIECKA / PODOPIECZNEGO*

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji | <input type="checkbox"/> znaczny stopień niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka |
| <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy | <input type="checkbox"/> umiarkowany stopień niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka |
| <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy | <input type="checkbox"/> lekki stopień niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka |

orzeczenie o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia

Orzeczenie ważne: okresowo do _____ bezterminowo

zaznaczyć znakiem X w odpowiednim polu „□” / * niepotrzebne skreślić

4. RODZAJE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY / DZIECKA / PODOPIECZNEGO*

dysfunkcja narządu ruchu:		
1	a)	poruszam się na wózku inwalidzkim
	b)	poruszam się o kulach
	c)	poruszam się o balkoniku
	d)	wrodzony brak lub amputacja dłoni lub rąk
	e)	osoba nie poruszająca się samodzielnie - leżąca
	f)	inna dysfunkcja narządu ruchu
2	dysfunkcja narządu wzroku	
3	dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
4	deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
5	niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
6	inne (jakie?)	

5. INFORMACJE DOTYCZĄCE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON

(w ciągu 3 lat od daty złożenia niniejszego wniosku)

Czy Wnioskodawca posiada zaległości wobec PFRON: tak nie

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) zaległości:

Czy Wnioskodawca w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku był stroną umowy o dofinansowanie ze środków

PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie: tak nie Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON (w tym programy celowe realizowane przez PFRON) w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku) tak nie

Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Numer zawartej umowy	Data przyznania dofinansowania i kwota przyznana	Stan rozliczenia
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

* zaznaczyć znakiem X w odpowiednich rubrykach/niepotrzebne skreślić

6. WNIOSKOWANE DOFINANSOWANIE (należy podać nazwę urządzenia i jego cenę)

Rodzaj przedmiotu dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
ŁĄCZNIE		

7. UZASADNIENIE SKŁADANEGO WNIOSKU - cel dofinansowania

dodatkowe informacje w przypadku Wnioskodawcy, który ubiega się ponownie o udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel - należy wykazać przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego /kolejnego dofinansowania ze środków PFRON

8. MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA**9. INFORMACJA O INNYCH ŹRÓDŁACH FINANSOWANIA ZADANIA**

(potwierdzona odpowiednimi dokumentami)

10. INFORMACJA O OGÓLNEJ WARTOŚCI NAKŁADÓW dotyczących poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania

11. PRZEWIDYWANY TERMIN ROZPOCZĘCIA ZADANIA**12. PRZEWIDYWANY CZAS REALIZACJI ZADANIA**

13. RACHUNEK BANKOWY WNIOSKODAWCY na który mają zostać przekazane środki w przypadku zapłaty w 100 % za przedmiot dofinansowania

Nazwa banku.....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

14. ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Załączniki:

- kopia aktualnego dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność/**kopia orzeczenia** o niepełnosprawności,
- pełnomocnictwo w przypadku występowania Wnioskodawcy przez pełnomocnika, które określa zakres pełnomocnictwa do dokonania poszczególnych czynności lub dokument stanowiący opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny,
- aktualne **zaświadczenie lekarskie** wskazujące na konieczność zakupu sprzętu wymienionego we wniosku,
- udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania,
- oferta cenowa urządzenia.

1. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się niezwłocznie informować Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej.
2. Prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności karnej określonej w art. 233 § 1 i § 2 Kodeksu Karnego (tekst jednolity Dz.U. z 2019 r., poz. 1950, ze zm.) za zeznanie nieprawdy lub zatajenia prawdy.
3. Zostałem/łam poinformowany/na, że kwota dofinansowania do likwidacji barier w komunikowaniu się **wynosi do 95%** kosztów przedsięwzięcia oraz, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.
4. Oświadczam, że w przypadku przyznania dofinansowania będę dysponował/ła środkami finansowymi na opłacenie udziału własnego w postaci różnicy pomiędzy kwotą dofinansowania, ewentualnym dofinansowaniem z innych źródeł, a całkowitym kosztem realizacji zadania.
5. Wszelkie koszty związane z przygotowaniem wniosku ponosi Wnioskodawca.
6. Informuję, że jestem*, nie jestem* płatnikiem podatku VAT.
7. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że:
 - 1) 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, rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie tego podmiotu.
 - 2) dofinansowanie nie może obejmować kosztów zakupu przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy.
8. Oświadczam, że o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Samorządu Powiatu Dąbrowa Górnicza tak - nie.
9. Podając numer telefonu wyraża Pan/Pani zgodę na jego przetwarzanie w celu ewentualnego kontaktu organu z osobą ubiegającą się o dofinansowanie (lub jej opiekunem prawnym/pełnomocnikiem) do celów związanych z wnioskiem o likwidację barier w komunikowaniu się. Ma Pan/Pani możliwość wycofania tej zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Dąbrowa Górnicza, dnia _____

Czytelny podpis

Wnioskodawcy, pełnomocnika, przedstawiciela
ustawowego, opiekuna prawnego

OŚWIADCZENIE

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

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi _____.

Prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności karnej określonej w art. 233 § 1 i § 2 Kodeksu Karnego (tekst jednolity Dz.U. z 2019 r., poz. 1950, ze zm.) za zeznanie nieprawdy lub zatajenia prawdy.

....., dnia.....r.
miejsowość

.....
Czytelny podpis
Wnioskodawcy, pełnomocnika,
przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego

POUCZENIE

Za dochody uwzględniane przy obliczeniu przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, uważa się dochody (po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób):

- a) przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach ogólnych na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych, pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne,
- b) deklarowany w oświadczeniu dochód z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, pomniejszony o należny zryczałtowany podatek dochodowy i składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne,
- c) inne dochody niepodlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych.



Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

Zaświadczenie lekarskie

o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o dofinansowanie **likwidacji barier w komunikowaniu się** z udziałem środków **PFRON**
wniosek należy wypełnić CZYTELNIEM w języku polskim

Imię i nazwisko _____ PESEL _____

Adres zamieszkania _____

1. Informacje o rodzaju niepełnosprawności i rozpoznanie choroby zasadniczej:

2. Osoba niepełnosprawna ma trudności w komunikowaniu się z otoczeniem, polegające na:

3. Trudności te mogą zostać zlikwidowane/ograniczone poprzez korzystanie z następujących urządzeń, sprzętów (podać rodzaj urządzeń, sprzętów):

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

5. Zalecenia dodatkowe:

UWAGA!!! - uzasadnienie o charakterze edukacyjnym nie stanowi podstawy do przyznania dofinansowania w ramach likwidacji barier w komunikowaniu się

Miejscowość i data

Podpis i pieczętka lekarza

WYPEŁNIA PRACOWNIK MOPS

Załączniki wymagane do wniosku

Lp.	Nazwa załącznika	Załączono (zaznaczyć właściwe)	Uzupełniono (zaznaczyć właściwe)	Data uzupełnienia
		wypełnia pracownik przyjmujący wniosek		
1.	Kserokopie aktualnych dokumentów potwierdzających stopień niepełnosprawności lub niepełnosprawność w przypadku dziecka do 16 roku życia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oferta cenowa urządzenia lub faktura pro-forma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Aktualne zaświadczenie lekarskie wskazujące na konieczność zakupu sprzętu wymienionego we wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Pełnomocnictwo w przypadku występowania Wnioskodawcy przez pełnomocnika, które określa zakres pełnomocnictwa do dokonania poszczególnych czynności lub dokument stanowiący opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Inne załączone dokumenty:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Pieczętka imienna pracownika przyjmującego wniosek

Data, podpis: