

PCPR. 546. .2025

WNIOSEK

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

CZĘŚĆ A – DANE WNIOSKODAWCY

DANE WNIOSKODAWCY	
Imię i Nazwisko:	
PESEL:	
Miejscowość i kod pocztowy: ulica numer domu i lokalu	
Numer kontaktowy:	
☐ adres do korespondencji taki sam jak zamieszkania	
Miejscowość i kod pocztowy: ulica numer domu i lokalu	
DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY	
Imię i Nazwisko	
PESEL:	
Miejscowość i kod pocztowy: ulica numer domu i lokalu	
STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	
Znaczny - inwalidzi I grupy, osoby całkowicie niezdolne do pracy i samodzielnej egzystencji oraz osoby o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny na podstawie orzeczenia wydanego przed 1998 r.)	
Umiarkowany - inwalidzi II grupy oraz osoby całkowicie niezdolne do pracy)	
Lekki - pozostali inwalidzi III grupy, osoby częściowo niezdolne do pracy oraz osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym na podstawie orzeczenia wydanego przed 1998 r.)	
osoba w wieku do lat 16 z orzeczeniem o niepełnosprawności.	
ŚREDNI DOCHÓD	
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie wynosi:	
w tym liczba osób niepełnosprawnych:	
Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy: <i>(Miesięczny dochód w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych to dochód pomniejszony o obciążenia zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń społecznych oraz kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku).</i>	
KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON	
Na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/technicznych ze środków finansowych PFRON:	☐ nie korzystałem/am ☐ korzystałem/am

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON				
cel dofinansowania	numer umowy	data zawarcia umowy	kwota dofinansowania	stan rozliczenia

CZĘŚĆ B – PRZEDMIOT WNIOSKU

PRZEDMIOT WNIOSKU	
Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:	
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%)	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:	
Cel dofinansowania i uzasadnienie:	
Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:	
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 finansowania;	
Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania:	
WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER	
Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:	
FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH	
☐ przelew na konto Wnioskodawcy/ osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę	
Właściciel konta (imię i nazwisko):	
Nazwa banku:	
Numer rachunku bankowego:	
☐ przelew na konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi	
SYTUACJA ZAWODOWA	
☐ zatrudniony/a/ prowadzący/a działalność gospodarczą ☐ osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca ☐ bezrobotny/a poszukujący/a pracy ☐ rencista/tka poszukujący/a pracy ☐ rencista/tka/emeryt/ka nie zainteresowany/a podjęciem pracy ☐ dzieci i młodzież do lat 18 ☐ inne/ jakie?.....	

OŚWIADCZENIE

1. W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków PFRON kwotą dofinansowania.
2. Uprzedzony/a o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zwarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.
3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.
4. Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i nie byłam/em w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowania ze środków PFRON rozwiązywanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Trzciance, ul. Mickiewicza 50, 64-980 Trzcianka, na potrzeby związane z realizacją wniosku. Informacja o sposobie przetwarzania danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Trzciance dostępna jest na stronie internetowej pod adresem: <http://trzcianka.naszepcpr.pl/klauzula-informacyjna>.
6. Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i uchwaleniu planu finansowego na rok 2025 r. przez Radę Powiatu Czarnkowsko- Trzcianieckiego.
7. Równocześnie oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią procedury załączonej do wniosku.

.....
czytelny podpis wnioskodawcy /osoby uprawnionej

Załączniki do wniosku:

1. Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności.
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza specjalistę, zawierające opis niepełnosprawności i szczegółową informację, jakie pacjent ma trudności w komunikowaniu się.
3. imienna oferta cenowa sprzedawcy.

Ogólne zasady dofinansowania:

1. Podstawę dofinansowania stanowi umowa między Starostą a Wnioskodawcą zawarta przed zakupem sprzętu.
2. Dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się nie przysługuje osobom niepełnosprawnym, które w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku uzyskały odpowiednio na te cele dofinansowaniem ze środków PFRON.
3. Dofinansowanie do likwidacji barier w komunikowaniu się nie przysługuje osobie niepełnosprawnej, która ma zaległości wobec PFRON lub była w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązywanej z przyczyn leżących po stronie tej osoby.
4. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów poniesionych przed przyznaniem dofinansowania.

Procedury dotyczące barier w komunikowaniu się

1. Wnioskodawca składa w siedzibie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Trzciance, ul. Mickiewicza 50, pokój nr 3, tel. 660-492-421 lub 516 -700 -963 wniosek o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się dołączając:

- kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności,
- aktualne zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza specjalistę,
- imienną ofertę cenową sprzedawcy.

2. Wniosek niekompletny wymaga uzupełnienia w terminie 30 dni od dnia otrzymania informacji o ww. nieusunięciu braków w wyznaczonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.

3. Po złożeniu kompletnego wniosku Wnioskodawca zostaje poinformowany o wysokości dofinansowania do zakupu wnioskowanego sprzętu bądź urządzenia. Wysokość dofinansowania ustalana jest na podstawie przedstawionej przez Wnioskodawcę oferty cenowej.

4. Wnioskodawca wskazuje datę ostatecznego zakupu sprzętu i wyraża zgodę na warunki ujęte w piśmie informującym.

5. W terminie wskazanym w umowie, Wnioskodawca jest obowiązany dostarczyć oryginał faktury potwierdzającej zakup wnioskowanego sprzętu, z której wynika, że całość lub wkład własny został opłacony.

6. Po przedstawieniu dokumentów rozliczeniowych (m.in. oryginał faktury/rachunku) następuje przekazanie środków na konto sprzedawcy w terminie wskazanym na fakturze bądź na konto wnioskodawcy w przypadku opłacenia całości faktury.

7. Po przekazaniu dofinansowania PCPR przesyła Wnioskodawcy pismo rozliczeniowe oraz oryginał faktury/ rachunku.

Wypełnia PCPR

☐ wniosek kompletny

☐ wniosek niekompletny

Załączniki	tak	nie	dostarczyć do dnia	dostarczono dnia
orzeczenie				
zaświadczenie lekarskie				
oferta cenowa				

Dokumenty	Data
umowa	
zgłoszenie zakupu	
faktura	
przekazanie środków	

.....
pieczętka i podpis pracownika PCPR

.....
stempel zakładu opieki zdrowotnej

....., dnia.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla celów związanych z ubieganiem się przez osobę niepełnosprawną o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych **likwidacji barier w komunikowaniu się**
(prosimy wypełnić czytelne w języku polskim)

Imię i Nazwisko:.....

PESEL.....

Adres zamieszkania:

I. Przyczyna niepełnosprawności / proszę zakreślić właściwe pole /

- ☐ upośledzenie umysłowe,
- ☐ choroby psychiczne,
- ☐ zaburzenia głosu, mowy,
- ☐ choroby słuchu,
- ☐ choroby narządu wzroku,
- ☐ choroby narządu ruchu,
- ☐ epilepsja,
- ☐ choroby układu oddechowego i krążenia,
- ☐ choroby układu pokarmowego,
- ☐ choroby układu moczowo- płciowego,
- ☐ choroby neurologiczne,
- ☐ inne: tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego,
- ☐ całościowe zaburzenia rozwojowe.

II. Opis niepełnosprawności:

.....
.....

III. Opis trudności jakie ma Wnioskodawca w porozumiewaniu się i przekazywaniu informacji w związku z istniejącą niepełnosprawnością:

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

IV. Zalecany przedmiot/urządzenie, który/które ułatwi Wnioskodawcy porozumiewanie się i przekazywanie informacji:

.....
.....

Liczba przedmiotów/ urządzeń zaleconych przez lekarza:szt.

.....

pieczęć, podpis lekarza specjalisty