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

*Data wpływu*

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

*Nr sprawy*

# Wniosek

**o udzielenie dofinansowania na likwidację barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych**

1. **Dane dotyczące wnioskodawcy** (osoba niepełnosprawna ubiegająca się o dofinansowanie lub osoba reprezentująca osobę niepełnosprawną, o której mowa w punkcie 2 wniosku)

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

*nazwisko i imię imię ojca*

data urodzenia: ............................................................., NIP .......................................................................... PESEL ......................................................................

Nr i seria dowodu osobistego: .................. ............................., wydany w dniu ........................................... przez ................................................................................................................................................................

## Adres zamieszkania:

kod: .............. - ......................., miejscowość ................................................................................................

ulica ..............................................................................., nr domu ......................, nr lokalu ..........................

nr telefonu dom. .............................................................., kom. .....................................................................

## Dane osoby niepełnosprawnej, która nie może być wnioskodawcą ze względu na jej niepełnoletność lub ubezwłasnowolnienie:

Imię i nazwisko: ......................................................................................................................................

Data urodzenia: ................................................. PESEL .......................................................................

Adres zamieszkania: ...................................................................................................................................... Nr i seria dowodu osobistego .................. ............................., wydany w dniu ............................................. przez ................................................................................................................................................................

**3. Rodzaj niepełnosprawności** (wstaw X we właściwej rubryce)

|  |  |
| --- | --- |
| Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się nawózku inwalidzkim; wrodzony brak lub amputacja dłoni lub rąk |  |
| Inna dysfunkcja narządu ruchu, jaka \*.................................................................................................................................................................................................................. |  |
| Dysfunkcja narządu wzroku |  |
| Dysfunkcja narządu słuchu i mowy |  |
| Deficyt rozwojowy / upośledzenie umysłowe |  |
| Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia, z jakiego\*............................................................................................................ |  |

*\* określić opisowo*

* 1. **Stopień niepełnosprawności** (wstaw X we właściwej rubryce)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Znaczny | (inwalida I grupy) |  |
| Umiarkowany | (inwalida II grupy) |  |
| Lekki | (inwalida III grupy) |  |
| Dziecko niepełnosprawne |  |

* 1. **Sytuacja zawodowa** (wstaw X we właściwej rubryce)

|  |  |
| --- | --- |
| Zatrudniony\* / prowadzący działalność gospodarczą\* |  |
| Młodzież od lat 18 do 24,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 |  |

* *właściwe podkreślić*
1. **Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i mieszkania** (*dotyczy likwidacji barier architektonicznych*) dom jednorodzinny, wielorodzinny prywatny, wielorodzinny komunalny, wielorodzinny spółdzielczy, inne\*.............................................................................................................................................................budynek parterowy, piętrowy\*, mieszkanie ..............................................................................................

*(podać kondygnacje)*

przybliżony wiek budynku lub rok budowy ..................................................................................................

## opis mieszkania:

pokoje ........................ (podaj liczbę), z kuchnią, bez kuchni, z łazienką, bez łazienki, z wc, bez wc\* łazienka jest wyposażona w: wannę, brodzik, kabinę prysznicową, umywalkę\*

w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej, ciepłej, kanalizacja, centralne ogrzewanie, prąd, gaz\* inne informacje o warunkach mieszkaniowych

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

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

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

Warunki mieszkaniowe (**wypełnia pracownik PCPR na podstawie punktu IV.A**) złe przeciętne dobre bardzo dobre

*\*) podkreślić właściwe*

1. **Rozpoznanie potrzeb wnioskodawcy wynikających z niepełnosprawności:**

 (dotyczy likwidacji barier w komunikowaniu się)

* Czy w związku z rodzajem schorzenia wnioskodawca wymaga specjalistycznego oprogramowania?

 **□ Tak (jakiego) ...........................................................................................................................**

**□ Nie**

* Czy w związku z rodzajem schorzenia wnioskodawca wymaga specjalistycznego oprzyrządowania do komputera? (np. klawiatury z kontrastującymi literami, nakładki na klawiaturę itp.)

**□ Tak (jakiego)............................................................................................................................**

**□ Nie**

* Czy wnioskodawca objęty jest pomocą logopedyczną lub inną mająca na celu rehabilitację mowy lub słuchu?

**□ Tak (gdzie) ..........................................................................................................................**

 **□ Nie**

* Czy wobec wnioskodawcy orzeczono potrzebę:

**- indywidualnego nauczania Tak □ / Nie □**

**- kształcenia specjalnego Tak □ / Nie □**

**- indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego Tak □ / Nie □**

**- zajęć rewalidacyjno-wychowawczych Tak □ / Nie □**

**- terapii logopedycznej Tak □ / Nie □**

1. **Sytuacja rodzinna – zamieszkuje** (wstaw X we właściwej rubryce)

|  |  |
| --- | --- |
| Samotnie |  |
| Z rodziną |  |
| Z osobami nie spokrewnionymi |  |

##  Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym razem z wnioskodawcą

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Nazwisko i imię*** | ***Pokrewieństwo*** | ***Stopień i rodzaj niepełnosprawności*** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |
| 7. |  |  |

1. **Informacja o korzystaniu z dofinansowania likwidacji barier** (wstaw X we właściwej rubryce)

|  |  |
| --- | --- |
| Nie korzystał |  |
| Korzystał |  |

## Informacje o korzystaniu ze środków PFRON (w okresie ostatnich 3 lat):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON*** | ***Tak:*** | ***Nie:*** |
| Nr i data zawarcia umowy | Kwota | Cel | Termin rozliczenia | Stan rozliczenia | Źródło: PFRON; samorząd powiatowy |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Opis efektów przyznanego i wykorzystanego dofinansowania........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ |

1. **Deklarowany udział własny wnioskodawcy i/lub sponsora**

|  |  |
| --- | --- |
| Deklarowany przez wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania ponad obowiązkowe 5 % |  |
| Deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania |  |

1. **Nazwa banku i numer rachunku bankowego wnioskodawcy:**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

##  Uzasadnienie i cel dofinansowania (miejsce realizacji zadania):

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

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

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

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

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

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

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

1. **Przewidywany koszt realizacji zadania (100% kosztów):** ..................................................................zł, słownie:…......................................................................................................................................................

## Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

….......................................................................................................................................................................

….......................................................................................................................................................................

….......................................................................................................................................................................

## Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych 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 zadania

….......................................................................................................................................................................

…......................................................................................................................................................................

## Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania w złotych (95% kosztów):

….....................................zł, słownie: …...............................................................................................

Uprzedzony o odpowiedzialności za podanie informacji niezgodnych z prawdą **oświadczam, że** dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.

## Oświadczam, że zamieszkuję:

* 1. **razem z innymi osobami we wspólnym gospodarstwie domowym,** a wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu netto\*\*, obliczonego z okresu ostatnich trzech miesięcy, na jedną osobę pozostającą ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi ….......................................zł (słownie: ….....................................................................................................................................)
	2. **samotnie**, a mój przeciętny miesięczny dochód netto\*\*, obliczony z okresu trzech miesięcy, wynosi …........................... zł (słownie: …..................................................................................)

**Wyrażam zgodę** na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku dla celów realizacji dofinansowania likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych zgodnie z ustawą z dn. 28.06.2016r. o ochronie danych osobowych (Dz.U z 2016r.,poz. 922)

…................................................. ….........................................................................

*miejscowość, data (podpis wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika\*)*

* *właściwe podkreślić*

\*\* DOCHÓD NETTO, to dochód pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego, chorobowego, oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób.

Załączniki do wniosku:

- likwidacja barier architektonicznych

* + - kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, grupie inwalidzkiej
		- udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu/ domu – własność, umowa najmu,
		- projekt / szkic mieszkania z uwzględnieniem planowanych prac
		- szczegółowy kosztorys planowanych prac (zakup urządzeń, materiałów budowlanych, koszta robocizny itp.)
		- pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach)
		- inne dokumenty uzasadniające dofinansowanie

- likwidacja barier w komunikowaniu się

* + - kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, grupie inwalidzkiej
		- oferta cenowa lub faktura proforma na planowany zakup urządzenia / sprzętu
		- zaświadczenie ze szkoły / uczelni, w przypadku uczących się osób niepełnosprawnych
		- zaświadczenie z zakładu pracy, w przypadku pracujących osób niepełnosprawnych
		- inne dokumenty uzasadniające dofinansowanie

- likwidacja barier technicznych

* + - kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, grupie inwalidzkiej
		- udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu/ domu - własność, umowa najmu,
		- oferta cenowa lub faktura proforma na planowany zakup urządzenia / sprzętu
		- inne dokumenty uzasadniające dofinansowanie

**Procedura dotycząca przyznawania dofinansowania**

**likwidacji barier technicznych i w komunikowaniu się**

1. Pobrany i wypełniony druk wraz z załącznikami Wnioskodawca składa w siedzibie PCPR w Pucku.

2. Wnioski o przyznanie dofinansowania likwidacji barier technicznych i w komunikowaniu się, przyjmowane są do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Pucku w każdym czasie.

3. Rozpatrywanie wniosków nastąpi po przyjęciu przez Radę Powiatu Puckiego uchwały w sprawie wysokości środków finansowych przypadających na Powiat Pucki z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

4. Podstawę dofinansowania stanowi umowa zawarta przed zakupem sprzętu lub wykonaniem prac zawarta pomiędzy PCPR a Wnioskodawcą.

5.Dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu i technicznych nie przysługuje osobom niepełnosprawnym, które w ciągu trzech lat przed złożeniem uzyskały odpowiednio na te cele dofinansowanie ze środków PFRON.

6.Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie.

7.Istnieje możliwość przeprowadzenia wizji lokalnej. PCPR telefonicznie lub listownie informuje Wnioskodawcę o terminie jej przeprowadzenia.

8.Po weryfikacji kosztorysu i podjęcia decyzji Wnioskodawca otrzymuje informacje o przyznaniu dofinansowania i terminie podpisania umowy.

9.W wyznaczonym terminie Wnioskodawca zobowiązany jest stawić się z dowodem osobistym do siedziby PCPR w celu podpisania umowy. Wnioskodawca podpisuje umowę osobiście.

10.Po podpisaniu umowy Wnioskodawca dokonuje zakupu sprzętu wpłacając

udział własny i w wyznaczonym terminie zobowiązany jest dostarczyć oryginał faktury i dowód wpłaty do siedziby PCPR.

11.PCPR po weryfikacji faktur przekazuje środki finansowe stanowiące dofinansowanie zadania na wskazane przez Wnioskodawcę konto własne lub dostawcy.

12.PCPR ma prawo w ciągu trzech lat po podpisaniu umowy do kontroli zakupionego sprzętu.

Przyjmuję do wiadomości powyższą procedurę oraz informację, że niniejszy wniosek złożony w dniu.....................................zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i uchwaleniu planu finansowego na bieżący rok przez Radę Powiatu Puckiego.

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

(podpis Wnioskodawcy

/przedstawiciela ustawowego)

**Procedura dotycząca przyznawania dofinansowania likwidacji barier architektonicznych**

1. Podstawę dofinansowania stanowi umowa zawarta przed zakupem sprzętu lub wykonaniem prac zawarta pomiędzy PCPR a Wnioskodawcą.

2. Wnioski o przyznanie dofinansowania likwidacji barier architektonicznych przyjmowane są do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Pucku w każdym czasie.

3. Dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych przysługuje osobom niepełnosprawnym, które mają trudności w poruszaniu się, jeżeli są właścicielami nieruchomości lub użytkownikami wieczystymi albo posiadają zgodę właściciela lokalu bądź budynku mieszkalnego, w którym stale zamieszkują.

4. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie.

5. Pobrany i wypełniony druk wraz z załącznikami Wnioskodawca składa w siedzibie PCPR w Pucku.

6. W przypadku likwidacji barier architektonicznych istnieje konieczność przeprowadzenia wizji lokalnej. PCPR telefonicznie lub listownie informuje Wnioskodawcę o terminie jej przeprowadzenia.

7. W trakcie przeprowadzania wizji sporządza się protokół i dokumentacje fotograficzną.

8. Rozpatrywanie wniosków następuje po przyjęciu przez Radę Powiatu Puckiego uchwały w sprawie wysokości środków finansowych przypadających na Powiat Pucki z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, po czym Wnioskodawca otrzymuje informacje o przyznaniu dofinansowania.

9. Po otrzymaniu informacji o przyznaniu dofinansowania, Wnioskodawca zobowiązany jest stawić się z dowodem osobistym, w wyznaczonym terminie w celu podpisania umowy. Wnioskodawca podpisuje umowę osobiście. Uzgadnia termin rozpoczęcia i zakończenia prac.

11. Po wykonaniu zadania Wnioskodawca zobowiązany jest dostarczyć do siedziby PCPR oryginały faktur.

12. Procedurę kończy odbiór wykonania zadania w miejscu zamieszkania Wykonawcy i porównania z deklarowanym zakresem robót i sporządzenie protokołu końcowego oraz przekazanie środków finansowych stanowiących dofinansowanie zadania na wskazane przez Wnioskodawcę konto własne lub wykonawcy.

 Przyjmuję do wiadomości powyższą procedurę oraz informację, że niniejszy wniosek złożony w dniu.....................................zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i uchwaleniu planu finansowego na rok bieżący przez Radę Powiatu Puckiego.

 ........................................................... Podpis Wnioskodawcy