

3

Zarządzenie Nr 11/2019
Starosty Powiatu Pułtuskiego
z dnia 25 lutego 2019 r.

w sprawie zasad przyznawania dofinansowania do zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, sprzętu rehabilitacyjnego, uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych oraz likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych, finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Na podstawie art. 34 ust. 1, art. 35 ust. 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2018 r. poz. 995, ze zm.), art. 35a ust.1 pkt 7 lit. a, c i d ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511, ze zm.) oraz § 6 i § 14 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015 r. poz. 926) zarządzam, co następuje:

§ 1.

Ustalam zasady przyznawania dofinansowania do:

- 1) zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny;
 - 2) zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze;
 - 3) uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych;
 - 4) likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych,
- w brzmieniu stanowiącym załącznik nr do zarządzenia.

§ 2.

Wykonanie zarządzenia powierzam Dyrektorowi Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Pułtuskach oraz Przewodniczącemu Komisji ds. Opiniowania Wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON.

§ 3.

1. Traci moc zarządzenie nr 13/2015 z dnia 3 marca 2015 r. Starosty Pułtuskiego w sprawie zasad dofinansowania do uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
2. Traci moc zarządzenie nr 14/2015 z dnia 3 marca 2015 r. Starosty Pułtuskiego w sprawie przyznawania dofinansowania zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne

i środki pomocnicze realizowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

3. Traci moc zarządzenie nr 15/2015 Starosty Pułtuskiego z dnia 3 marca 2015 r. w sprawie zasad przyznawania dofinansowania likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych realizowanych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

§ 4.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

STAROSTA
STAROSTA

Jac Zalewski

DYREKTOR
Powiatowego Centrum Pomocy
Rodzinie w Pułtusk
mgr Anna Frejlich

sprawdz. pod wzgl. formalnoprawnym
RADCA PRAWNY
Maciek Godlewski
Nr Wa - 5413

Załącznik do zarządzenia
 Starosty Powiatu Pultuskiego
 z dnia ... 25. lutego 2019r.

Zasady przyznawania dofinansowania zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, sprzęt rehabilitacyjny, uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych oraz likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych, finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 2018 r. poz. 511, ze zm.),
2. Rozporządzenie MPiPS z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. 2015 poz. 926).
3. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. Nr 230, poz. 1694, ze zm.).

§ 1.

DEFINICJE POJĘĆ

1. Fundusz – Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON).
2. Osoba niepełnosprawna – osoba posiadająca orzeczenie o zakwalifikowaniu przez organy orzekające do jednego z trzech stopni niepełnosprawności, orzeczenie o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy, lub orzeczenie o niepełnosprawności wydane przed ukończeniem 16 roku życia, o którym mowa w art. 5 i 5a lub art. 62 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej (...).
3. Sprzęt rehabilitacyjny – sprzęt niezbędny do prowadzenia zajęć rehabilitacyjnych mających za zadanie osiągnięcie, przy aktywnym uczestnictwie osoby niepełnosprawnej, możliwie najwyższego poziomu jej funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej.
4. Przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze - wyroby medyczne wydawane na zlecenie, określone szczegółowo w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz. U. poz. 1061).
5. Turnus rehabilitacyjny – zorganizowana forma aktywnej rehabilitacji połączona z elementami

wypoczynku, której celem jest ogólna poprawa psychicznej sprawności oraz rozwijanie kontaktów społecznych, realizacja i rozwijanie zainteresowań, a także przez udział w innych zajęciach przewidzianych programem turnusu.

6. Bariery architektoniczne – wszelkie utrudnienia występujące w budynku i jego najbliższej okolicy, które ze względu na rozwiązania techniczne, konstrukcyjne lub warunki użytkowania uniemożliwiają lub utrudniają swobodę ruchu osobom niepełnosprawnym.
7. Bariery w komunikowaniu się – ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji.
8. Bariery techniczne – przeszkody utrudniające lub uniemożliwiające osobie niepełnosprawnej pokonywanie ograniczeń.
9. Przeciętne wynagrodzenie - przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce narodowej w poprzednim kwartale od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w formie Komunikatu w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1270, ze zm.).
10. PCPR – Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pułtusk, ul. 3 Maja 20.
11. Komisja – Komisja d/s Opiniowania Wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON powołana zarządzeniem Starosty Powiatu Pułtuskiego.

§ 2.

PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE

1. Osoba niepełnosprawna, zamieszkująca na terenie powiatu pułtuskiego może złożyć wniosek o dofinansowanie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze w każdym czasie.
2. O dofinansowanie mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, jeżeli:
 - 1) otrzymały refundację z Narodowego Funduszu Zdrowia na wnioskowany przedmiot ortopedyczny lub środek pomocniczy na podstawie potwierdzonego zlecenia,
 - 2) przedstawią fakturę lub fakturę proforma z wyszczególnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, limitem cenowym NFZ, kwotą udziału własnego i całkowitą cenę przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego,
 - 3) w momencie zakupu przedmiotu dofinansowania, składania wniosku i wypłaty dofinansowania posiadały aktualne orzeczenie o niepełnosprawności.
3. O dofinansowanie ze środków Funduszu, zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane na podstawie odrębnych przepisów, mogą ubiegać się osoby

niepełnosprawne, których przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, nie przekracza kwoty:

a) 50% przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w art. 2 pkt 4 ustawy, zwanego dalej „przeciętnym wynagrodzeniem” - na osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z wnioskodawcą ,

b) 65% przeciętnego wynagrodzenia – w przypadku osoby samotnej.

4. Wysokość dofinansowania zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wynosi:

a) do 100% udziału własnego osoby niepełnosprawnej w limicie ceny ustalonym na podstawie odrębnych przepisów, jeżeli taki udział jest wymagany,

b) do 100% sumy kwoty limitu, wyznaczonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz wymaganego udziału własnego osoby niepełnosprawnej w zakupie tych przedmiotów i środków pomocniczych, jeżeli cena zakupu jest wyższa niż ustalony limit.

5. W związku z bardzo dużą liczbą wniosków o dofinansowanie do zakupu aparatu słuchowego dla dorosłych osób niepełnosprawnych wysokość dofinansowania zostaje ustalona na poziomie do 70% limitu Narodowego Funduszu Zdrowia.

6. W szczególnie uzasadnionych przypadkach na podstawie podania złożonego do Dyrektora PCPR, dofinansowanie do aparatu słuchowego może być ustalone na poziomie 150% Narodowego Funduszu Zdrowia (np.: dla osoby pracującej, osoby dorosłej mającej wadę słuchu od urodzenia). Decyzję o zwiększeniu dofinansowania podejmuje Dyrektor PCPR.

7. Dzieci z orzeczoną niepełnosprawnością otrzymują dofinansowanie do zakupu aparatu słuchowego na poziomie 150 % Narodowego Funduszu Zdrowia.

8. W przypadku osób przebywających w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej wysokość dofinansowania zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oblicza się przez odjęcie od uzyskanej sumy kwoty, o której mowa w ust. 4 pkt b, opłaty ryczałtowej i częściowej odpłatności do wysokości limitu ceny pokrywanej przez jednostkę organizacyjną pomocy społecznej.

9. Dofinansowanie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze następuje na wniosek osoby niepełnosprawnej złożony w PCPR.

10. Wniosek powinien zawierać:

a) imię, nazwisko, adres zamieszkania,

b) numer PESEL – w przypadku jego nadania,

c) przedmiot dofinansowania,

d) oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym,

11. Do wniosku należy dołączyć:

a) kopię orzeczenia lub kopię wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r.,

b) dokument potwierdzający wysokość dochodów członków rodziny lub osoby w przypadku osoby samotnej, za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (do wglądu).

c) fakturę określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup, wraz z potwierdzoną za zgodność, przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, kopią zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,

d) kopię zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wraz z ofertą określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji.

12. Środki finansowe Funduszu na dofinansowanie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze są przekazywane na podstawie faktury za zakup przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego, określającej kwotę opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotę udziału własnego, wystawionej w roku kalendarzowym, w którym rozpatrywany jest wniosek.

13. Przekazanie środków finansowych dokonywane jest po dostarczeniu faktury, wystawionej w obowiązującym roku kalendarzowym, przez wnioskodawcę.

14. Wnioski rozpatrywane są zgodnie z datą wpływu do PCPR do wyczerpania środków finansowych przyznanych na ten cel w roku bieżącym.

15. Wnioski złożone w bieżącym roku i niedofinansowane z powodu braku środków finansowych podlegają zarchiwizowaniu. Wnioskodawca ubiegając się o dofinansowanie w kolejnym roku kalendarzowym musi złożyć nowy wniosek o dofinansowanie.

15. Wzór formularza wniosku o dofinansowanie przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych stanowi załącznik nr 1 do niniejszych zasad.

SPRZĘT REHABILITACYJNY

1. O dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, zamieszkujące na terenie powiatu pułtuskiego, stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności, jeżeli lekarz specjalista potwierdzi stosownym zaświadczeniem, że zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu sprzętu będącego przedmiotem dofinansowania.

2. O dofinansowanie mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, które spełniają łącznie następujące warunki:

a) wymagają rehabilitacji wynikającej z niepełnosprawności, potwierdzonej zaświadczeniem lekarskim,

b) przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, nie przekracza kwoty:

- 50% przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w art. 2 pkt 4 ustawy, zwanego dalej „przeciętnym wynagrodzeniem” - na osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z wnioskodawcą,

- 65% przeciętnego wynagrodzenia – w przypadku osoby samotnej.

c) zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu.

3. Wysokość dofinansowania w sprzęt rehabilitacyjny wynosi do 80% wartości tego sprzętu, jednak nie więcej niż 2 000 zł do jednego sprzętu.

4. Wniosek osoby niepełnosprawnej o dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny powinien zawierać:

a) imię, nazwisko, adres zamieszkania,

b) numer PESEL – w przypadku jego nadania,

c) przedmiot dofinansowania,

d) oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym,

e) nazwę banku i numer rachunku bankowego,

f) miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania,

g) przewidywany koszt realizacji zadania, potwierdzony ofertą cenową,

h) informację o kwotach przyznanych wcześniej środków Funduszu z określeniem numeru zawartej umowy, celu i daty przyznania dofinansowania oraz stanu rozliczenia,

- i) wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków Funduszu.
5. Do wniosku, o który mowa w ust. 1 należy dołączyć
- a) kopię orzeczenia lub kopię wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r.,
 - b) aktualne zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza specjalistę,
 - c) dokument potwierdzający wysokość dochodów członków rodziny lub osoby w przypadku osoby samotnej, za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (do wglądu).
 - d) ofertę cenową dotyczącą wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego lub fakturę proforma.
6. W terminie 30 dni od złożenia kompletnego wniosku o dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny Komisja podejmuje decyzję o przyznaniu lub odmowie przyznania dofinansowania, o czym powiadamia wnioskodawcę (z podaniem przyczyny ewentualnej odmowy).
7. Po przyznaniu środków na dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny Dyrektor Centrum działający z upoważnienia Starosty Pułtuskiego zawiera umowę z osobą niepełnosprawną lub jej przedstawicielem ustawowym, określającą w szczególności:
- a) kwotę dofinansowania,
 - b) sposób przekazania dofinansowania,
 - c) termin i sposób rozliczenia dofinansowania.
8. Preferowane do dofinansowania są wnioski osób niepełnosprawnych pozostających w zatrudnieniu oraz możliwość zwiększenia szans na podjęcie pracy w związku z uzyskanym dofinansowaniem.
9. Wzór formularza wniosku o dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny stanowi załącznik nr 2 do niniejszych zasad.

§ 4.

TURNUSY REHABILITACYJNE

1. Turnusy rehabilitacyjne organizowane są dla następujących grup osób niepełnosprawnych:
- a) z dysfunkcją narządu ruchu, z wyłączeniem osób poruszających się na wózkach inwalidzkich,
 - b) z dysfunkcją narządu ruchu poruszających się na wózkach inwalidzkich,
 - c) z dysfunkcją narządu słuchu,
 - d) z dysfunkcją narządu wzroku,
 - e) z upośledzeniem umysłowym,

f) z chorobą psychiczną,

g) ze schorzeniami układu krążenia,

h) z innymi dysfunkcjami lub schorzeniami, nie wymienionymi w żadnym z powyższych punktów.

2. Przy rozpatrywaniu wniosków o dofinansowanie brany będzie pod uwagę stopień i rodzaj niepełnosprawności wnioskodawcy, możliwość poprawy kontaktów społecznych w codziennym funkcjonowaniu oraz fakt niekorzystania dorosłych osób niepełnosprawnych z dofinansowania w ostatnim roku kalendarzowym.

1) Pierwszeństwo dofinansowania do uczestnictwa w turnusach rehabilitacyjnych mają w kolejności:

a) osoby z orzeczoną niepełnosprawnością do 16 r.ż.;

b) osoby niepełnosprawne od 16 do 24 r.ż. uczące się i niepracujące bez względu na stopień niepełnosprawności;

c) osoby niepełnosprawne, które posiadają zaliczenie do znacznego stopnia niepełnosprawności lub równorzędne będące w zatrudnieniu lub gotowe podjąć pracę;

d) osoby niepełnosprawne, które posiadają zaliczenie do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności lub równorzędne będące w zatrudnieniu lub gotowe podjąć pracę;

e) osoby niepełnosprawne, które posiadają zaliczenie do znacznego stopnia niepełnosprawności lub równorzędne;

f) osoby niepełnosprawne, które posiadają zaliczenie do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności lub równorzędne;

g) osoby niepełnosprawne, które posiadają zaliczenie do lekkiego stopnia niepełnosprawności lub równorzędne;

3. W przypadku niewystarczającej ilości środków finansowych przeznaczonych na dofinansowanie do wszystkich złożonych wniosków, wpływ na przyznanie dofinansowania będzie miał również dochód wnioskodawcy, w ten sposób, że pierwszeństwo będą miały wnioski wnioskodawców, u których wykazany dochód jest najniższy – w odniesieniu do danego stopnia niepełnosprawności.

4. Osoba niepełnosprawna może, zgodnie z § 4 ust.1 rozporządzenia, o którym mowa w § 1 niniejszego załącznika, ubiegać się o dofinansowanie do turnusu pod warunkiem, że:

a) zostanie skierowana na turnus na wniosek lekarza, pod opieką którego się znajduje,

b) w roku, w którym ubiega się o dofinansowanie, nie uzyskała na ten cel dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,

c) weźmie udział w turnusie, który odbędzie się w ośrodku wpisanym do rejestru ośrodków, prowadzonego przez wojewodę, albo poza takim ośrodkiem – w przypadku gdy turnus jest

organizowany w formie niestacjonarnej,

d) wybierze organizatora turnusu, który posiada wpis do rejestru organizatorów turnusów,

e) będzie uczestniczyła w zajęciach przewidzianych w programie turnusu, który wybrała,

f) nie będzie pełniła funkcji członka kadry na tym turnusie ani nie będzie opiekunem innego uczestnika tego turnusu,

g) złoży oświadczenie o wysokości osiągniętych dochodów wraz z informacją o liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym,

h) zobowiąże się do przedstawienia na turnusie, podczas pierwszego badania lekarskiego, informacji o stanie zdrowia, sporządzonej nie wcześniej niż na 3 miesiące przed datą rozpoczęcia turnusu, wystawionej przez lekarza, pod którego opieką obecnie się znajduje.

5. Warunkiem otrzymania dofinansowania do uczestnictwa w turnusie opiekuna osoby niepełnosprawnej jest:

a) zalecenie lekarza wskazujące na konieczność obecności opiekuna na turnusie wraz z uzasadnieniem konieczności pobytu opiekuna,

b) nie pełnienie przez opiekuna funkcji członka kadry na tym turnusie,

c) opiekun nie może być osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,

d) ukończenie przez opiekuna 18 lat, albo ukończenie lat 16 i bycie wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.

6. Osoba niepełnosprawna ubiegająca się o dofinansowanie do uczestnictwa w turnusie powinna złożyć w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie wymagany komplet dokumentów:

a) wniosek o przyznanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym,

b) kopię orzeczenia lub kopię wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r.,

c) dokument potwierdzający wysokość osiągniętego dochodu (np. zaświadczenie o uzyskanych dochodach z trzech ostatnich miesięcy, aktualną decyzję przyznającą świadczenie rentowne lub emerytalne, odcinek renty lub emerytury) – do wglądu.

7. Zgodnie z art.10e ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity, Dz. U. 2018 poz. 511), osoby niepełnosprawne mogą ubiegać się o dofinansowanie do uczestnictwa w turnusie, jeżeli przeciętny miesięczny dochód, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym,

obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, nie przekracza kwoty:

- a) 50% przeciętnego wynagrodzenia na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym,
 - b) 65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej.
8. Wysokość dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego uzależniona jest od przeciętnego wynagrodzenia oraz stopnia niepełnosprawności i wynosi odpowiednio:
- a) 30% w przypadku przeciętnego wynagrodzenia – dla osoby niepełnosprawnej ze znacznym stopniem niepełnosprawności, osoby niepełnosprawnej w wieku do 16 roku życia oraz osoby niepełnosprawnej w wieku 16-24 lat uczącej się i niepracującej, bez względu na stopień niepełnosprawności,
 - b) 27% przeciętnego wynagrodzenia – dla osoby niepełnosprawnej z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności,
 - c) 25% przeciętnego wynagrodzenia – dla osoby niepełnosprawnej z lekkim stopniem niepełnosprawności,
 - d) 20% przeciętnego wynagrodzenia – dla opiekuna osoby niepełnosprawnej,
 - e) 20% przeciętnego wynagrodzenia – dla osoby niepełnosprawnej zatrudnionej w zakładzie pracy chronionej, niezależnie od posiadanego stopnia niepełnosprawności.
9. W przypadku znacznego niedoboru środków PFRON w danym roku kalendarzowym w stosunku do istniejących potrzeb, wysokość dofinansowania może zostać pomniejszona o 20%, przysługującego dofinansowania osobie niepełnosprawnej.
10. W przypadku przekroczenia kwot dochodu, o których mowa w ust.7 u osób niepełnosprawnych z trudną sytuacją zdrowotną lub losową, kwotę dofinansowania pomniejsza się o kwotę, o którą dochód ten został przekroczony.
11. PCPR rozpatruje wniosek w ciągu 30 dni od jego złożenia.
12. Osoba niepełnosprawna, w terminie 30 dni od otrzymania powiadomienia o przyznaniu dofinansowania, nie później jednak niż na 21 dni przed dniem rozpoczęcia turnusu rehabilitacyjnego, przekazuje do PCPR informację o wyborze turnusu, w którym będzie uczestniczyła.
13. Wzór formularza wniosku stanowi załącznik nr 3 do zasad.

§ 5.

LIKWIDACJA BARIER ARCHITEKTONICZNYCH, W KOMUNIKOWANIU SIĘ I TECHNICZNYCH – OGÓLNE ZASADY

1. O dofinansowanie likwidacji barier mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne w zależności od potrzeb wynikających z niepełnosprawności, jeżeli ich realizacja umożliwi lub w znacznym stopniu

ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem.

2. PCPR dokonuje kwalifikacji zakresu rzeczowego dofinansowania oceniając indywidualne potrzeby osoby niepełnosprawnej wynikające z posiadanej niepełnosprawności oraz niezbędność planowanego przedsięwzięcia w procesie rehabilitacji społecznej.

3. Wnioski o dofinansowanie można składać w każdym czasie, do momentu wyczerpania środków finansowych PFRON przeznaczonych na ten cel.

4. Dofinansowanie do likwidacji barier przysługuje oddzielnie na każdy rodzaj barier.

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

6. Wysokość dofinansowania likwidacji barier może wynosić do 95% kosztów przedsięwzięcia, nie więcej jednak niż do wysokości piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia. Jednak maksymalna kwota dofinansowania uzależniona będzie od posiadanych w danym roku środków finansowych PFRON oraz liczby złożonych wniosków kwalifikujących się do dofinansowania.

7. Wniosek osoby niepełnosprawnej o dofinansowanie likwidacji barier powinien zawierać:

a) imię, nazwisko, adres zamieszkania,

b) numer PESEL – w przypadku jego nadania,

c) przedmiot dofinansowania,

d) oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym,

e) nazwę banku i numer rachunku bankowego,

f) miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania,

g) przewidywany koszt realizacji zadania,

h) termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania,

i) informację 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,

j) udokumentowaną informację o innych źródłach finansowania zadania,

k) informację o kwotach przyznanych wcześniej środków Funduszu z określeniem numeru zawartej umowy, celu i daty przyznania dofinansowania oraz stanu rozliczenia,

l) wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków Funduszu.

8. Do wniosku należy dołączyć:

a) kopię orzeczenia lub kopię wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a

lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r.,

b) dokument potwierdzający wysokość dochodów członków rodziny lub osoby w przypadku osoby samotnej, za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (do wglądu).

c) udokumentowany tytuł prawny do lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (własność, umowa najmu, użytkowanie) - w przypadku składania wniosku na bariery architektoniczne.

d) pisemną zgodę właściciela lub współwłaściciela budynku, w którym zamieszkuje stale wnioskodawca na dostosowanie do potrzeb - jeżeli wnioskodawca, nie jest właścicielem – w przypadku składania wniosku na bariery architektoniczne.

e) kosztorys – w przypadku składania wniosku na bariery architektoniczne.

f) ofertę cenową – w przypadku składania wniosku na bariery w komunikowaniu się i techniczne.

9. Podstawę dofinansowania likwidacji barier ze środków Funduszu stanowi umowa zawarta przez Dyrektora PCPR z osobą niepełnosprawną/pełnomocnikiem lub jej przedstawicielem ustawowym.

10. Umowa powinna zawierać:

a) oznaczenie stron umowy,

b) rodzaj zadania podlegającego dofinansowaniu,

c) wysokość środków Funduszu przyznanych na realizację zadania,

d) termin rozpoczęcia realizacji zadania,

e) zakres i sposób realizacji umowy,

f) zobowiązanie do zachowania formy pisemnej w przypadku zmiany lub rozwiązania umowy,

g) warunki i termin wypowiedzenia umowy,

h) warunki rozwiązania umowy i zwrotu niewykorzystanych środków Funduszu,

i) sposób sprawowania kontroli wykorzystania środków Funduszu,

j) zobowiązanie do przedłożenia Powiatowemu Centrum Pomocy Rodzinie dokumentów rozliczeniowych oraz dowodu pokrycia udziału własnego w kosztach zadania,

k) sposób rozliczenia oraz zestawienie dokumentów potwierdzających wydatkowanie środków Funduszu.

11. Środki finansowe PFRON przekazywane są zgodnie z warunkami określonymi w umowie na dofinansowanie z zakresu likwidacji barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się.

12. Środki finansowe są przekazywane przelewem na wskazany rachunek bankowy (sprzedawcy urządzeń, wykonawcy usług lub wnioskodawcy), po przedłożeniu przez wnioskodawcę następujących dokumentów:

- a) oryginału faktury VAT lub rachunku wystawionego na wnioskodawcę zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- b) dokumentu, z którego wynika kwota, udziału własnego wnioskodawcy,
- c) protokołu Komisji ds. opiniowania wniosków z odbioru wykonania zadania, na które wnioskodawca otrzymał dofinansowanie ze środków PFRON (dot. barier architektonicznych),
- d) termin płatności faktury VAT lub rachunku nie może być krótszy niż 30 dni (dot. barier architektonicznych),
- e) przekazanie środków finansowych nastąpi w ciągu 14 dni od dnia złożenia kompletu wymaganych dokumentów, a w przypadku barier architektonicznych po złożeniu kompletu dokumentów i odbiorze,
- f) w przypadku stwierdzenia usterek przy odbiorze zadania, przekazanie środków finansowych zostanie wstrzymane do momentu ich usunięcia przez wnioskodawcę.

13. Umowy na dofinansowanie likwidacji barier zawierane będą w okresie roku budżetowego, w którym uchwalono środki na powyższe dofinansowania zgodnie z uchwałą Rady Powiatu w Pułtusku w sprawie określenia zadań, na które przeznaczają się środki Funduszu.

14. Podpisanie umowy dotyczącej likwidacji barier architektonicznych poprzedza wizja lokalna Komisji, która ma na celu potwierdzenie potrzeby likwidacji bariery.

15. Przy rozpatrywaniu wniosku osoby niepełnosprawnej bierze się pod uwagę:

- a) stopień i rodzaj niepełnosprawności,
- b) warunki mieszkaniowe,
- c) sytuację zawodową, uczęszczanie do szkoły (w tym wyższej),
- d) prowadzenie gospodarstwa domowego samotnie lub z rodziną,
- e) średni dochód na członka rodziny,
- f) całkowity koszt zadania,
- g) deklarowany udział własny wymagany ponad 5%,
- h) wartość zadania,
- i) możliwość dofinansowania przez sponsora,
- j) wcześniejsze korzystanie przez osobę niepełnosprawną ze środków funduszu.

16. Dofinansowanie nie obejmuje kosztów likwidacji barier poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.

17. Osoby niepełnosprawne, którym nie zostało przyznane dofinansowanie z powodu

niewystarczającej wysokości środków Funduszu przeznaczonych na likwidację barier w roku złożenia wniosku, muszą w następnym roku wystąpić o dofinansowanie ponownie, składając nowy wniosek i aktualizując wymagane załączniki.

I. Bariery architektoniczne:

1. O dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne mające trudności w poruszaniu się, zamieszkujące na terenie powiatu pułtuskiego, jeżeli są właścicielami nieruchomości lub użytkownikami wieczystymi albo posiadają zgodę właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego, w którym zamieszkują.
2. Problemy w poruszaniu się oraz zasadność dokonania likwidacji barier architektonicznych musi być potwierdzona zaświadczeniem lekarskim wystawionym przez lekarza specjalistę w przypadku, gdy dysfunkcja narządu ruchu lub wzroku nie jest przyczyną wydania orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności.
3. W przypadku ograniczonych środków finansowych PFRON w pierwszej kolejności rozpatrywane będą wnioski osób, które nie korzystały z dofinansowania na realizację zadania określonego we wniosku we wcześniejszych latach.
4. Dofinansowaniem ze środków Funduszu może być objęta likwidacja barier architektonicznych w budynkach już istniejących (bariery muszą istnieć, aby mogły zostać zlikwidowane).
5. Dofinansowaniem ze środków funduszu nie może być objęte przystosowanie budynku nowo wybudowanego lub będącego w trakcie prac wykończeniowych chyba, że niepełnosprawność powstała nagle w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub choroby.
6. W związku z bardzo dużą liczbą wnioskodawców maksymalna wysokość dofinansowania wynosi do 80% wartości inwestycji, jednak nie więcej niż 10 000 zł.
7. Wniosek o dofinansowanie na likwidację barier architektonicznych stanowi załącznik nr 4 do zasad.

II. Katalog rzeczowy sprzętów, urządzeń, materiałów budowlanych, robót lub innych czynności, które mogą być dofinansowane ze środków PFRON w ramach likwidacji barier architektonicznych (wraz z ich montażem).

1. Katalog zawierający wykaz urządzeń, materiałów budowlanych, robót lub innych czynności, jakie mogą być objęte w ramach dofinansowania likwidacji barier architektonicznych w szczególności obejmuje:
 - 1) dla osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu – dla których rodzaj niepełnosprawności jest określony w orzeczeniu o niepełnosprawności, w szczególnych

przypadkach jeśli takiego zapisu brak w orzeczeniu, rodzaj niepełnosprawności jest potwierdzony aktualnym zaświadczeniem lekarskim:

a) udokumentowane koszty przeprowadzki do lokalu wymagającego małego przystosowania do potrzeb osoby niepełnosprawnej ruchowo,

b) budowa pochylni i dojścia do budynku mieszkalnego, zapewniająca osobie niepełnosprawnej samodzielny dostęp do lokalu,

c) dostawa, zakup i montaż:

- podnośnika,
- platformy schodowej,
- transportera schodowego,
- windy przyściennej,
- innych urządzeń do transportu pionowego,

d) dostawę, zakup i montaż poręczy i uchwytów w ciągach komunikacyjnych,

e) roboty związane z likwidacją progów i likwidacją zróżnicowania poziomu podłogi,

f) przystosowanie drzwi;

- zakup i montaż drzwi wejściowych o szerokości w świetle ościeżnicy co najmniej 90 cm,
 - zakup i montaż drzwi wewnętrznych o szerokości w świetle ościeżnicy co najmniej 80 cm,
 - zakup i montaż drzwi przesuwnych,
 - zakup i zamontowanie systemu otwierania drzwi, w tym balkonowych, przyciskiem (dla osób niepełnosprawnych o niesprawnych rękach),
 - zakup i zamontowanie zabezpieczenia drzwi (do wysokości 40 cm od podłogi) przed uszkodzeniami mechanicznymi i zainstalowanie ościeżnicy metalowej – wyłącznie osobom niepełnosprawnym poruszającym się na wózku inwalidzkim,
 - zakup i montaż okuć do drzwi balkonowych i okien, umożliwiające ich samodzielną obsługę przez osobę poruszającą się na wózku inwalidzkim, gdy montaż okuć ze względu na stan techniczny okien i drzwi balkonowych jest możliwy – w kuchni i jednym pokoju wybranym przez osobę niepełnosprawną,
 - zakup i wymiana okien i drzwi balkonowych w przypadkach, o których mowa wyżej, gdy montaż okuć nie jest możliwy,
 - zakup i zainstalowanie systemu automatycznego otwierania drzwi do garażu – dla osób niepełnosprawnych posiadających i prowadzących samodzielnie samochód oraz prowadzących działalność gospodarczą lub zatrudnionych na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony.
- g) dostosowanie stolarki okiennej do samodzielnej obsługi przez osobę niepełnosprawną zamieszkującą z inną osobą niepełnosprawną lub samotnie,

h) wymianę wykładziny podłogowej (w miarę możliwości z podłożem), jeżeli stwarza trudności w poruszaniu się, w szczególności roboty izolacyjne podłóg, wykonanie podkładów i posadzki,
i) wykonanie przyłączy wodociągowych, kanalizacyjnych od sieci zewnętrznych (istniejącego pionu) do urządzeń sanitarnych oraz instalacji wodociągowej i kanalizacyjnej,

j) przystosowanie łazienki:

- instalacja uchwytów ułatwiających korzystanie z urządzeń higieniczno – sanitarnych,
- zakup i montaż wanny niskodennej z dnem antypoślizgowym lub wykonanie miejsca natryskowego ewentualnie zakup i montaż kabiny prysznicowej z brodzikiem bezprogowym z dnem ryflowanym (bądź wykonanie brodzika z płytek),
- zakup i montaż kompaktu wc przystosowanego dla osoby niepełnosprawnej,
- zakup i montaż umywalki przystosowanej do osoby niepełnosprawnej,
- zakup i montaż lustra uchylnego dla osoby poruszającej się na wózku inwalidzkim,
- zakup i montaż bidetu przystosowanego dla osoby niepełnosprawnej
- zainstalowanie podnośnika wannowego i innych urządzeń ułatwiających korzystanie z wanny,

k) przystosowanie kuchni:

- obniżenie i obudowa zlewozmywaka oraz zakup i montaż niskich blatów, umożliwiające dojazd wózkiem inwalidzkim,
- zakup i montaż ruchomych półek oraz pojemników na specjalnych prowadnicach,
- zakup i montaż zawiasów umożliwiających otwieranie drzwiczek pod kątem większym niż 90° (do 170°),
- zakup i montaż zatrzasków magnetycznych,

l) przystosowanie i wyposażenie pokoju dla osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich w wieku od 16 do 24 lat, uczących się oraz niepracujących, jeśli osoba ta faktycznie jest w stanie wykorzystać dostosowanie mebli pokojowych do potrzeb osoby niepełnosprawnej:

- zakup i montaż poszerzonego biurka umożliwiającego osobie niepełnosprawnej dojazd wózkiem inwalidzkim,
- zakup i montaż ruchomych półek na specjalnych prowadnicach,
- zakup i montaż zawiasów umożliwiających otwieranie drzwiczek pod kątem większym niż 90° (do 170°),
- zakup i montaż zatrzasków magnetycznych,
- zakup i montaż drzwi przesuwnych do szafy.

m) instalowanie gniazd wtykowych i wyłączników w strefie dostępnej dla osoby siedzącej,

n) tynkowanie, wykonanie podkładów pod licowanie ścian płytkami, malowanie tynków ścian i sufitów, jeśli jest to związane z adaptacją pomieszczeń albo z przystosowaniem pomieszczeń już

istniejących,

o) koszty wykonania robót budowlanych i materiałów budowlanych związanych z robotami wymienionymi w lit. od b) do n),

2) dla osób z dysfunkcją narządu wzroku:

- a) dostawa, zakup i montaż poręczy i uchwytów w ciągach komunikacyjnych oraz uchwytów ułatwiających korzystanie z urządzeń higieniczno-sanitarnych,
- b) roboty związane z likwidacją progów i likwidacji różnicowania poziomu podłogi,
- c) wymianę wykładziny podłogowej (w miarę konieczności z podłożem), jeżeli stwarza trudności w poruszaniu się, w szczególności roboty izolacyjne podłóg, wykonanie podkładów i posadzki,
- d) oznakowanie wyposażenia lokalu i ciągów komunikacyjnych różnym kolorem lub fakturą,
- e) wykonanie dodatkowego oświetlenia w pomieszczeniu lub zmiana sposobu oświetlenia dla wnioskodawców z orzeczonym umiarkowanym i znacznym stopniem niepełnosprawności,
- f) montaż zabezpieczenia wypełnienia skrzydła drzwi przed stłuczeniem lub wymiana skrzydła drzwi,
- g) trwałe oznakowanie narożników budynku,
- h) wprowadzenie oznakowania kolorystycznego fakturowego elementów pionowych i poziomych małej architektury oraz ograniczenia krawężnikami lub opaskami o odmiennej fakturowo lub kolorystycznie nawierzchni,
- i) budowa pochylni i dojścia do budynku mieszkalnego, zapewniająca osobie niepełnosprawnej samodzielny dostęp do lokalu,
- j) koszty wykonania robót budowlanych i materiałów budowlanych związanych z robotami wymienionymi w lit. od a) do i).

3) dla osób z innymi rodzajami niepełnosprawności lub osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi, dofinansowaniem mogą być objęte, w zależności od stopnia samodzielności wnioskodawcy w zakresie samoobsługi, elementy lub roboty, o których mowa w ust.1 pkt 1-2. Uznanie zasadności dofinansowania danego elementu lub zakresu robót należy do Komisji ds. Opiniowania Wniosków.

III. Bariery w komunikowaniu się:

1. O dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, jeżeli ich realizacja umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem oraz jeżeli jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności.
2. Dofinansowanie nie obejmuje kosztów likwidacji barier poniesionych przed przyznaniem

dofinansowania i podpisaniem umowy.

3. Dla osób z dysfunkcją narządu wzroku, słuchu oraz innymi schorzeniami jest możliwość dofinansowania zestawu komputerowego (np. laptop). Dofinansowanie jest przeznaczone w szczególności dla osób dorosłych pracujących, poszukujących pracy (zaświadczenie z PUP) posiadających znaczny bądź umiarkowany stopień niepełnosprawności. Dzieci i młodzieży – powyżej 10 – tego roku życia, uczącej się (zaświadczenie ze szkoły, poradni psychologiczno-pedagogicznej).

4. Dofinansowanie zestawu komputerowego musi być ściśle związane z indywidualnymi potrzebami osoby niepełnosprawnej, potwierdzone przez lekarza specjalistę.

5. Maksymalna kwota dofinansowania do zestawu komputerowego wynosi do 95% wartości sprzętu nie więcej jednak niż 1500,00 zł.

6. Wzór formularza wniosku o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się stanowi załącznik nr 5 do niniejszych zasad.

IV. Katalog rzeczowy sprzętów, urządzeń, materiałów budowlanych, robót lub innych czynności, które mogą być dofinansowane ze środków PFRON w ramach likwidacji barier w komunikowaniu się (wraz z ich montażem).

1. Katalog zawierający wykaz urządzeń, materiałów budowlanych, robót lub innych czynności, jakie mogą być objęte w ramach dofinansowania likwidacji barier w komunikowaniu się w szczególności obejmuje:

1) dla osób z dysfunkcją narządu wzroku:

a) zakup i montaż aparatów telefonicznych (z klawiaturą brajlowską),

b) zakup maszyny do pisania pismem Braille'a,

c) zakup materiałów optycznych i elektrooptycznych (lupy elektroniczne, okulary, monookulary, okulary lornetkowe, powiększalniki telewizyjne, lupy monitorowe, itp.),

d) zakup radia CB, krótkofalówki, magnetofonu, radiomagnetofonu, dyktafonu,

e) zakup urządzeń mechanicznych, elektrycznych lub elektronicznych, które posiadają interfejs dźwiękowy, brajlowski lub powiększone znaki,

f) zakup programu do skanera rozpoznającego pismo Braille'a,

g) zakup urządzeń i materiałów do sporządzania napisów brajlowskich,

h) zakup i montaż urządzenia wspomagającego „SAM” (dla osób z porażeniem czterokończynowym),

i) urządzenia czytające,

j) syntezatory mowy dla osób niewidomych,

k) notatniki i organizatory dla osób niewidomych.

2) dla osób z dysfunkcją narządu słuchu:

a) zakup i montaż specjalistycznej sygnalizacji świetlnej:

- wyposażenie dzwonka do drzwi w sygnalizację świetlną,
- wyposażenie aparatu telefonicznego w sygnalizację świetlną,
- sygnalizatory optyczne do aparatów telefonicznych, tekstofonów, telefaksów i wideofonów,
- inne sygnalizatory optyczne zastępujące dźwięk,

b) zakup budzików świetlnych i wibracyjnych,

c) zakup i montaż faksu, telefaksu, tekstofonu, wideofonu lub pagera,

d) zakup i montaż wzmacniacza do aparatu telefonicznego,

e) zakup laryngofonu,

f) zakup przenośnych indywidualnych wzmacniaczy dźwięku, słuchawek, minipętle induktofonicznych,

g) zakup indywidualnych urządzeń akustycznych przybliżających dźwięki (działających na FM lub podczerwień),

h) zakup urządzeń wspomagających odbiór dźwięku z telewizora (przewodowych i bezprzewodowych),

i) zakup aparatów słuchowych (w tym generatorów szumu),

j) zakup i instalacja modemu, faxmodemu, telefonicznego łącza ISDN, umożliwiającego dostęp do łączności wizualnej oraz zestawu urządzeń umożliwiających taką łączność za pośrednictwem komputerów i sieci telefonicznej,

k) zakup i montaż systemu wideodomofonowego,

l) zakup i montaż aparatów telefonicznych z cewką indukcyjną w słuchawce i wzmacniaczem,

m) zakup komunikatorów dla osób nie mówiących,

dla osób z wadą wzroku, słuchu oraz innymi schorzeniami:

a) zestaw komputerowy.

V. Bariery techniczne:

1. O dofinansowanie barier technicznych mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, jeżeli ich realizacja umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem oraz jeżeli jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności.

2. Przy rozpatrywaniu wniosku osoby niepełnosprawnej bierze się pod uwagę:

a) stopień i rodzaj niepełnosprawności,

- b) warunki mieszkaniowe,
- c) sytuację zawodową, uczęszczanie do szkoły (w tym wyższej),
- d) prowadzenie gospodarstwa domowego samotnie lub z rodziną,
- e) średni dochód na członka rodziny,
- f) całkowity koszt zadania,
- g) deklarowany udział własny ponad wymagany 5%,
- h) wartość zadania,
- i) możliwość dofinansowania przez sponsora,
- j) wcześniejsze korzystanie przez osobę niepełnosprawną ze środków funduszu.

Wzór formularza wniosku o dofinansowanie likwidacji barier technicznych stanowi załącznik nr 6 do niniejszych zasad.

VI. Katalog rzeczowy sprzętów, urządzeń, materiałów budowlanych, robót lub innych czynności, które mogą być dofinansowane ze środków PFRON w ramach likwidacji barier technicznych (wraz z ich montażem).

1) dla osób niepełnosprawnych ruchowo, z dysfunkcją narządu ruchu - dla których rodzaj niepełnosprawności jest określony w orzeczeniu o niepełnosprawności, w szczególnych przypadkach jeśli takiego zapisu brak w orzeczeniu, rodzaj niepełnosprawności jest potwierdzony aktualnym zaświadczeniem lekarskim:

- a) krzesło prysznicowe,
- b) taboret prysznicowy,
- c) siedzisko wannowe,
- d) leżak kąpielowy,
- e) krzesło toaletowe,
- f) nadstawka sedesowa,
- g) podnośnik transportowo – kąpielowy,
- h) zakup krzesła schodowego,
- i) zakup schodołazu,

2) dla osób z dysfunkcją narządu wzroku:

- a) aparat lub urządzenie do wykrywania przeszkód,
- b) czasomierz (brajlowski, mówiący, z wyświetlaczem lub dużymi cyframi),
- c) termometr (brajlowski, mówiący lub o podwyższonym polu odczytu),
- d) pralka automatyczna z interfejsem dźwiękowym lub brajlowskim (dla osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności zamieszkałych samotnie lub z inną osobą niepełnosprawną

o znacznym stopniu niepełnosprawności z tytułu narządu wzroku),

e) zakup kuchni mikrofalowej oraz zakup i montaż kuchni elektrycznej w przypadku wyposażenia lokalu w kuchnię węglową lub gazową w lokalu lub budynku mieszkalnym osoby niepełnosprawnej (znacznym stopień),

f) zakup i montaż poręczy i uchwytów w ciągach komunikacyjnych oraz uchwytów ułatwiających korzystanie z urządzeń higieniczno-sanitarnych.

§ 6.

POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Osoba niepełnosprawna może złożyć wniosek osobiście bądź przez ustanowionego notarialnie pełnomocnika lub osobę upoważnioną do składania oświadczeń woli, zgodnie z treścią wpisu w rejestrze sądowym. W imieniu małoletnich osób niepełnosprawnych wniosek składa przedstawiciel ustawowy.

2. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w terminie 10 dni od dnia złożenia wniosku o dofinansowanie informuje wnioskodawcę o występujących we wniosku uchybieniach, które powinny zostać usunięte w terminie 30 dni. Nieusunięcie uchybień w wyznaczonym terminie skutkuje pozostawieniem wniosku bez rozpatrzenia.

3. W przypadku, gdy PCPR poweźmie wątpliwości co do podanych we wniosku danych, w szczególności co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, mających wpływ na przyznanie dofinansowania, wzywa wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie, nie dłuższym niż 14 dni od dnia otrzymania wezwania, wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.

4. Podanie przez wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, co do okoliczności istotnych przy rozpatrywaniu wniosku, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania.

5. Od negatywnego rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie nie przysługuje odwołanie w rozumieniu kodeksu postępowania administracyjnego.

6. PCPR w Pułtuskach zastrzega sobie prawo kontroli wykorzystania przedmiotu dofinansowania oraz prawidłowości, rzetelności i zgodności ze stanem faktycznym danych zawartych w dokumentach, stanowiących podstawę rozliczenia dofinansowania. Kontrola może być prowadzona w całym okresie przechowywania dokumentów, na podstawie których środki PFRON zostały przyznane, przekazane Wnioskodawcy i rozliczone.

7. Pozostałe kryteria nie zawarte w niniejszych zasadach określa ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych i rozporządzenie

Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

STAROSTA

Jan Zarewski

DYREKTOR
Powiatowego Centrum Pomocy
Rodzinie w Pułtuskach
mgr Anna Frejlich

U M O W A Nr PCPR.PN.7040.....20...

na dofinansowanie zadania z zakresu likwidacji barier architektonicznych

zawarta w dniu w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Pułtusk
pomiędzy:

Powiatem Pułtuskim z siedzibą w Pułtusk, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 11, zwanym dalej
Realizatorem, w imieniu którego na podstawie upoważnienia udzielonego uchwałą nr 20/2015
Starosty Pułtuskiego z dnia 27 lutego 2015 r. działa:

P. Anna Danuta Frejlich – Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Pułtusk,
przy kontrasygnacie P. Danuty Guzek - Kaczmarczyk - Głównego Księgowego Powiatowego
Centrum Pomocy Rodzinie w Pułtusk

a,

Panem/Panią

zamieszkałym /ą

PESEL

zwanym /ą dalej *Wnioskodawcą*,

działający w imieniu ur. PESEL

(nazwisko, imię)

§ 1.

Przedmiotem umowy jest dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych zakupu urządzeń /wraz z montażem*/ z zakresu likwidacji barier
architektonicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osoby niepełnosprawnej:

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

na podstawie art. 35a ust.1 pkt 7 lit. d ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej
i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r.
poz. 511, ze zm.) oraz § 2 pkt 4, § 6 pkt 1, § 13 ust. 4 i § 14 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra
Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań
powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015 r. poz. 926).

2. Termin rozpoczęcia realizacji zadania, o którym mowa w ust.1 ustala się na dzień

(data)

a ostateczny termin zakończenia zadania ustala się na dzień

(data)

§ 2.

1. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie dofinansuje:

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

Kwota zatwierdzona: zł, słownie:

Kwota dofinansowania (.....% kwoty zatwierdzonej) zł, (słownie:))

2. Wnioskodawca oświadcza, że posiada własne środki finansowe w wysokości zł (słownie: złotych), co stanowi ... % kosztów przedsięwzięcia, pomniejszone o ewentualne dofinansowania z innych źródeł.
3. W przypadku kosztów przedsięwzięcia wyższych od kwoty przyjętej do dofinansowania, wnioskodawca zobowiązuje się do pokrycia tej różnicy z własnych środków.
4. Wnioskodawca obowiązany jest do powiadomienia Centrum w formie pisemnej, pod rygorem nieważności umowy, o każdej zmianie mającej wpływ na realizację zobowiązań wynikających z umowy.

§ 3.

1. Przekazanie środków finansowych, o których mowa w § 2 ust.1 nastąpi przelewem na wskazany przez Wnioskodawcę rachunek bankowy, po dostarczeniu przez Wnioskodawcę:
 - 1) dokumentów rozliczeniowych (rachunków uproszczonych lub faktur wystawionych na wnioskodawcę o terminie płatności nie krótszym niż 30 dni od daty wystawienia),
 - 2) dowodu uiszczenia udziału własnego w kosztach zadania,
 - 3) kosztorysu powykonawczego podpisanego przez wykonawcę, po sprawdzeniu przedłożonych przez Wnioskodawcę dokumentów pod względem merytorycznym i formalnym oraz po sporządzeniu zestawienia dokumentów rozliczeniowych.
2. W rozliczeniu nie uwzględnia się kosztów opłat i kar umownych, a także podatku od towarów i usług, w przypadku gdy Wnioskodawca jest płatnikiem podatku VAT.
3. W razie doręczenia przez Wnioskodawcę rachunku uproszczonego lub faktury po upływie jej płatności, naliczone przez sprzedawcę / wykonawcę /dostawcę odsetki pokrywa Wnioskodawca.
4. Przekazanie środków finansowych, o których mowa w § 2 ust. 1, nastąpi w terminie 14 dni od dnia złożenia wymaganego kompletu dokumentów, o których mowa w ust.1.

§ 4.

Wnioskodawca zobowiązany jest do:

- 1) użytkowania zakupionego sprzętu/zamontowanych urządzeń zgodnie z przeznaczeniem,
- 2) dokonywania na własny koszt konserwacji i napraw zakupionego urządzenia,
- 3) umożliwienia w każdym czasie pracownikom Centrum przeprowadzenia kontroli w zakresie przedmiotu umowy, sprawdzenia czy zakupiony sprzęt jest zgodny z przedłożoną dokumentacją.

§ 5.

1. Centrum zastrzega sobie prawo wypowiedzenia umowy w przypadku nie przestrzegania warunków umowy, a w szczególności :
 - nie dotrzymania terminu zakupu urządzenia/wraz z montażem/lub wykonania usługi, o którym mowa w § 1 ust. 2.,
 - nie przestrzegania zapisu w § 4 pkt 3.
2. Rozwiązanie umowy następuje z zachowaniem 7 dniowego terminu wypowiedzenia.

§ 6.

Na pisemną prośbę Wnioskodawcy, złożoną przed terminem zakupu urządzenia /wraz z montażem/, określonego w § 1 ust. 2, Centrum w szczególnie uzasadnionych przypadkach może wyznaczyć dodatkowy termin realizacji przedsięwzięcia oraz dodatkowy termin rozliczeń.

§ 7.

W przypadku, gdy przedmiot dofinansowania jest wykorzystywany niezgodnie z przeznaczeniem, dofinansowanie zostało pobrane nienależnie lub w nadmiernej wysokości Centrum wzywa do zwrotu całości lub części dofinansowania (zgodnie z art. 207 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych) wraz z odsetkami liczonymi od dnia przekazania środków na rachunek bankowy Powiatu Pułtuskiego, w terminie 14 dni od doręczenia wezwania:

Powiat Pułtuski
ul. Marii Skłodowskiej – Curie 11
06-100 Pułtusk
Bank PKO
nr rachunku 60 1020 1592 0000 2902 0263 4723

§ 8.

1. Zmiany i rozwiązanie umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. W sprawach nie uregulowanych umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz inne obowiązujące przepisy prawa.
3. Wszelkie spory wynikłe z umowy podlegają rozpatrzeniu przez sąd właściwy dla siedziby Powiatu.
4. Umowa wchodzi w życie z dniem podpisania.

§ 9.

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

Realizator

Wnioskodawca

1.

.....

przy kontrasygnacie

2.

U M O W A Nr PCPR.PN.7010.....20...

na dofinansowanie zadania z zakresu dofinansowania w sprzęt rehabilitacyjny

zawarta w dniuw.....

pomiędzy:

Powiatem Pułtuskim z siedzibą w Pułtusk, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 11, zwanym dalej *Realizatorem*, w imieniu którego na podstawie upoważnienia udzielonego uchwałą nr 20/2015 Starosty Pułtuskiego z dnia 27 lutego 2015 r. działa:

P. Anna Danuta Frejlich – Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Pułtusk,
przy kontrasygnacie P. Danuty Guzek - Kaczmarczyk - Głównego Księgowego Powiatowego
Centrum Pomocy Rodzinie w Pułtusk

a,

Panem/Panią

zamieszkałym /ą

PESEL

zwanym /ą dalej *Wnioskodawcą*,

działający w imieniu ur. PESEL.....
(nazwisko, imię)

§ 1.

1. Przedmiotem umowy jest dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zakupu sprzętu rehabilitacyjnego na potrzeby osoby niepełnosprawnej

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

(dokładny opis zadania)

na podstawie art. 35a ust.1 pkt 7 lit. c ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511, ze zm.) oraz § 2 pkt 3 i §14 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. 2015 r. poz. 926).

2. Termin rozpoczęcia realizacji zadania, o którym mowa w ust.1 ustala się na dzień
(data)

a ostateczny termin zakończenia zadania ustala się na dzień
(data)

§ 2.

1. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie dofinansuje:

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

będącego przedmiotem umowy, do wysokości 80% słownie: osiemdziesięciu procent kosztów przedsięwzięcia.

Kwota wnioskowana..... zł , słownie:.....
.....

Kwota dofinansowania tj. zł
słownie :

2. Wnioskodawca oświadcza, że posiada własne środki finansowe w wysokości zł,
słownie:
pomniejszone o ewentualne dofinansowania z innych źródeł .

3. W przypadku kosztów przedsięwzięcia wyższych od kwoty przyjętej do dofinansowania, Wnioskodawca zobowiązuje się do pokrycia tej różnicy z własnych środków.
4. Wnioskodawca obowiązany jest do powiadomienia Centrum w formie pisemnej, pod rygorem nieważności umowy, o każdej zmianie mającej wpływ na realizację zobowiązań wynikających z umowy.

§ 3.

1. Przekazanie środków finansowych, o których mowa w § 2 ust.1 nastąpi przelewem na wskazany przez Wnioskodawcę rachunek bankowy, po dostarczeniu przez Wnioskodawcę:
- 1) dokumentów rozliczeniowych (rachunków uproszczonych lub faktur VAT wystawionych na wnioskodawcę o terminie płatności nie krótszym niż 14 dni od daty wystawienia),
 - 2) dowodu uiszczenia udziału własnego w kosztach zadania, po sprawdzeniu przedłożonych przez Wnioskodawcę dokumentów pod względem merytorycznym i formalnym oraz po sporządzeniu zestawienia dokumentów rozliczeniowych.
2. W rozliczeniu nie uwzględnia się kosztów opłat i kar umownych, a także podatku od towarów i usług, w przypadku gdy Wnioskodawca jest płatnikiem podatku VAT.
3. W razie doręczenia przez Wnioskodawcę rachunku uproszczonego lub faktury VAT po upływie jej płatności, naliczone przez sprzedawcę/wykonawcę/dostawcę, odsetki pokrywa Wnioskodawca.
4. Przekazanie środków finansowych, o których mowa w § 2 ust. 1, nastąpi w terminie 14 dni od dnia złożenia wymaganego kompletu dokumentów, o których mowa w ust.1.

§ 4.

Wnioskodawca zobowiązany jest do:

- 1) użytkowania zakupionego sprzętu zgodnie z przeznaczeniem,
- 2) dokonywania na własny koszt konserwacji i napraw zakupionego urządzenia,

3) umożliwienia w każdym czasie pracownikom Centrum przeprowadzenia kontroli w zakresie przedmiotu umowy, sprawdzenia czy zakupiony sprzęt jest zgodny z przedłożoną dokumentacją.

§ 5.

1. Centrum zastrzega sobie prawo wypowiedzenia umowy w przypadku nie przestrzegania warunków umowy, a w szczególności:
 - nie dotrzymania terminu zakupu urządzenia o którym umowa w § 1 ust. 2,
 - nie przestrzegania zapisu w § 4 pkt 3.
2. Rozwiązanie umowy następuje z zachowaniem 7 dniowego terminu wypowiedzenia.

§ 6.

Na pisemną prośbę Wnioskodawcy, złożoną przed terminem zakupu urządzenia określonego w § 1 ust. 2, Centrum w szczególnie uzasadnionych przypadkach może wyznaczyć dodatkowy termin realizacji przedsięwzięcia oraz dodatkowy termin rozliczeń.

§ 7.

Przedmiot dofinansowania nie może być użyczany, wdzierżawiany, darowany lub sprzedawany innym osobom lub instytucjom.

§ 8.

W przypadku, gdy przedmiot dofinansowania jest wykorzystywany niezgodnie z przeznaczeniem, dofinansowanie zostało pobrane nienależnie lub w nadmiernej wysokości Centrum wzywa do zwrotu całości lub części dofinansowania (zgodnie z art. 207 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych) wraz z odsetkami liczonymi od dnia przekazania środków na rachunek bankowy Powiatu Pułtuskiego, w terminie 14 dni od doręczenia wezwania:

Powiat Pułtuski
ul. Marii Skłodowskiej – Curie 11
06-100 Pułtusk
Bank PKO
nr rachunku 60 1020 1592 0000 2902 0263 4723

§ 9.

1. Zmiany i rozwiązanie umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. W sprawach nieuregulowanych umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz inne obowiązujące przepisy prawa.
3. Wszelkie spory wynikłe z umowy podlegają rozpatrzeniu przez sąd właściwy dla siedziby Powiatu.
4. Umowa wchodzi w życie z dniem podpisania.

§ 10.

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

Realizator

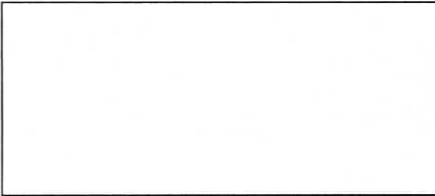
Wnioskodawca

1.

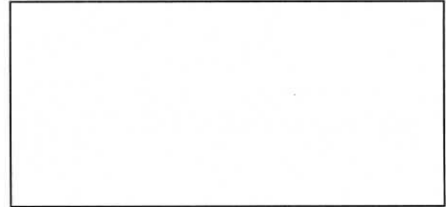
.....

przy kontrasygnacie

2.



pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek



data wpływu kompletnego wniosku

...../ 161 /
nr kolejny wniosku / powiat / rok założenia wniosku

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych w miejscu stałego zamieszkania osoby z niepełnosprawnością

(Uwaga! Dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON)

Część A : DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY
(Uwaga! Wniosek należy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami)

I. Dane personalne osoby z niepełnosprawnością

.....
imię i nazwisko
PESEL

II. Adres zamieszkania osoby z niepełnosprawnością

.....
miejsowość, ulica, numer, poczta
nr telefonu** e-mail.....

III. Dane przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego Wnioskodawcy)/opiekuna prawnego/ pełnomocnika *

.....
imię i nazwisko
PESEL

IV. Adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego Wnioskodawcy)/opiekuna prawnego/ pełnomocnika *

.....
miejsowość, ulica, numer, poczta
nr telefonu** e-mail.....

Ustanowiony /a Opiekunem prawnym* /Pełnomocnikiem *

- postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. sygn. akt
 - na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza
- z dn. repet. Nr

** Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a) RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych tj. numeru telefonu zawartego w niniejszym wniosku przez administratora, tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pułtusk, adres: ul. 3 Maja 20, 06-100 Pułtusk, w celu kontaktu telefonicznego. Zgoda może zostać wycofana w dowolnym momencie.

.....
(miejsce i data)

.....
(podpis)

V. Wniosek składam

1. po raz pierwszy	
2. po raz kolejny- wpisać rok złożenia ostatniego wniosku	

VI. Informacja o przyznany dofinansowaniu ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat:

Wnioskodawca lub jego podopieczny korzystał ze środków PFRON w ciągu 3 ostatnich lat				Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania)	Numer i data zawarcia umowy	Przedmiot dofinansowania	Kwota przyznana	Stan rozliczenia	

VII. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą oraz oświadczenie o wysokości ich dochodów netto:

L.p.	Stopień pokrewieństwa	Źródło dochodu	Dochód miesięczny netto
1			
2			
3			
4			
5			
6			
	RAZEM		

Oświadczam, że:

Przeciętny miesięczny dochód o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych (tj. Dz. U. z 2018r. Poz. 2220, z późn. zm.), w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wyniósł

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

VIII. Sytuacja zawodowa

1. Zatrudniony/ prowadzący działalność gospodarczą	
2. Osoba w wieku 18-24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca	
3. Bezrobotny poszukujący pracy	
4. Rencista poszukujący pracy, rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy	
5. Dzieci i młodzież do lat 18	

IX. Rodzaj niepełnosprawności

ORZECZENIE: CZASOWE **do dnia**, **STAŁE**

I. Dysfunkcja narządów ruchu:	
a) poruszam się na wózku inwalidzkim	
b) poruszam się o kulach	
c) poruszam się przy balkoniku	
d) wrodzony brak lub amputacja dłoni lub rąk	
e) inna dysfunkcja narządu ruchu (jaka)	

2. Dysfunkcja narządów wzroku	
3. Dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
4. Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
5. Niepełnosprawność ogólnego stanu zdrowia	

X. Stopień niepełnosprawności

1. Znaczny (inwalida I grupy)	
2. Umiarkowany (inwalida II grupy)	
3. Lekki (inwalida III grupy)	

Część B: DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI MIESZKANOWEJ

I. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku/mieszkania, w którym będą przeprowadzone prace związane z likwidacją barier:

- a) właściciel budynku.....
- b) rok oddania do użytku
- c) właściciel mieszkania
- d) rodzaj budynku (jednorodzinny, wielorodzinny)
- e) mieszkanie znajduje się na piętrze budynku
- f) opis mieszkania- poniżej proszę zaznaczyć tak lub nie:

W mieszkaniu znajduje się:	TAK	NIE
kuchnia		
Pokoje mieszkalne: ile?		
WC- odrębne		
Instalacja zimnej wody		
Instalacja ciepłej wody		
kanalizacja		
Centralne ogrzewanie		
łazienka		
wanna		
Kabina prysznicowa		
Sedes		
umywalka		

Inne informacje o warunkach lokalowych:

.....

.....

Część C: DANE DOTYCZĄCE PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA

I. Przedmiot dofinansowania

-wykaz planowanych przedsięwzięć w celu likwidacji barier

.....

.....

IV. Oświadczam, że:

1. Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1,2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r.- Kodeks Karny (Dz. U. z 2018 r. poz. 1600, ze zm.), że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
2. W ciągu ostatnich 3 lat byłem/ byłąm stroną umowy zawartej ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: tak nie
3. Posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach zadania: tak nie

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak nie

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PCPR: tak nie

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

.....
Uwaga! Za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął!

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

1. administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pułtusk, adres: ul. 3 Maja 20, 06-100 Pułtusk;
2. administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@pcprpultusk.pl;
3. administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, tj. w celu niezbędnym do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, co wynika z ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, ustawy z dnia 24 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
4. dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);
5. administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
6. mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

1. Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, tj. w ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz w Rozporządzeniu Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego z dnia 20 października 2015 r. w sprawie klasyfikowania i kwalifikowania dokumentacji, przekazywania materiałów archiwalnych do archiwów państwowych i brakowania dokumentacji niearchiwalnej;

2. przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
3. podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji ww. celów. Konsekwencją niepodania danych będzie nierozpatrzenie wniosku;
4. administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
miejsowość, data

.....
Podpis wnioskodawcy /przedstawiciela ustawowego/
opiekuna prawnego/ pełnomocnika

W przypadku gdy PCPR w Pultusku poweźmie wątpliwość odnośnie podanych we wniosku danych, w szczególności co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, mających wpływ na przyznanie dofinansowania, może wezwać wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie, nie dłuższym niż 14 dni, licząc od dnia otrzymania wezwania, wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.

.....
miejsowość, data

.....
Podpis wnioskodawcy /przedstawiciela ustawowego/
opiekuna prawnego/ pełnomocnika

Do wniosku należy dołączyć:

1. Kopię orzeczenia lub kopię wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t. j. Dz. U. 2018, poz. 511 z późn. zm.) a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r.,
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie, wydane przez lekarza specjalistę, w przypadku gdy dysfunkcja narządu ruchu lub wzroku nie jest przyczyną wydania orzeczenia o niepełnosprawności.
3. Udokumentowany tytuł prawny do lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (własność, umowa najmu, użytkowanie),
4. Pisemną zgodę właściciela lub współwłaściciela budynku, w którym zamieszkuje stale wnioskodawca na dostosowanie do potrzeb- jeżeli wnioskodawca, nie jest właścicielem,
5. Kopię postanowienia Sądu dot. pełnienia funkcji opiekuna prawnego lub pełnomocnika notarialnego (oryginał do wglądu).
6. Dokumenty potwierdzające wysokość osiągniętego dochodu za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (do wglądu).

Procedury dotyczące przyznania dofinansowania likwidacji barier architektonicznych:

1. O dofinansowanie ze środków PFRON na likwidację barier architektonicznych, mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, której mają trudności w poruszaniu się, jeżeli są właścicielami nieruchomości albo posiadają zgodę właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego, w którym stale zamieszkuje, a realizacja zadania umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem,
2. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i podpisaniem umowy,
3. Wnioski na dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych rozpatrywane są przez Komisję ds. opiniowania wniosków powołaną przez Starostę Powiatu Pultuskiego.
4. W przypadku likwidacji barier architektonicznych istnieje konieczność przeprowadzenia wizji lokalnej w miejscu stałego zamieszkania osoby niepełnosprawnej,
5. Podstawę dofinansowania stanowi umowa zawarta pomiędzy Starostą a osobą niepełnosprawną lub jej przedstawicielem,
6. Rozliczenie umowy następuje na podstawie dostarczonych oryginałów faktur.

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

.....
miejsowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
WYDANE DLA POTRZEB POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE
W CELU LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH
ZE ŚRODKÓW PFRON W MIEJSCU ZAMIESZKANIA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

1. Wnioskodawca

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania:

PESEL

2. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji*:

- dysfunkcja narządu ruchu
- dysfunkcja narządu słuchu
- dysfunkcja narządu wzroku
- upośledzenie umysłowe
- choroba psychiczna
- epilepsja
- schorzenie układu krążenia
- schorzenie neurologiczne
- inne (jakie?).....

3. Zaleca się likwidację barier architektonicznych poprzez:

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

4. Uzasadnienie konieczności likwidacji barier architektonicznych:

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

.....
(pieczęć i podpis lekarza specjalisty)

* właściwe zaznaczyć

OŚWIADCZENIE

Ja

PESEL

zam.

.....

Proszę o przekazanie dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych
na rachunek bankowy:

.....

.....

.....

.....

Dane powyższe podałem/am zgodnie z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Pułtusk dnia.....

.....

Podpis oświadczającego

Art. 233 KK (tekst jednolity - Dz. U. 2018 poz. 1600, z późn. zm.) „Kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie umowy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat.”

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a

zam.

PESEL

.....

Świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 KK za fałszywe zeznanie nieprawdy niniejszym oświadczam, że

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dane powyższe podałem/am zgodnie z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Pułtusk, dnia

.....

(podpis oświadczającego)

Art. 233 KK (tekst jednolity - Dz. U. 2018 poz. 1600 z późn. zm.) „Kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie umowy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat.”

KOSZTORYS

dotyczy likwidacji barier architektonicznych
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

Pani/Pana

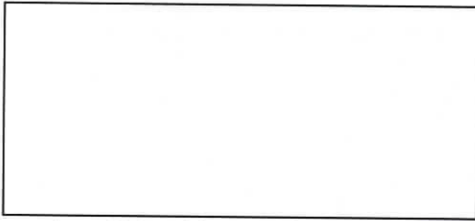
zam. :

Lp.	Zestawienie kosztów zakupu materiałów i urządzeń	J.m.	Wartość brutto
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
	RAZEM	X	

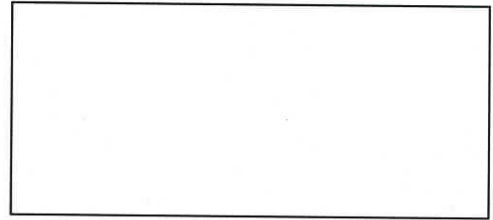
Lp.	Zestawienie kosztów usług	Wartość brutto
1		
2		
3		
4		
5		
	RAZEM	

Lp.	Zestawienie kosztów likwidacji barier architektonicznych	Wartość brutto
1	Ogólny koszt zakupu materiałów i urządzeń	
2	Ogólny koszt usług	
	RAZEM	

.....
podpis Wnioskodawcy



pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek



data wpływu kompletnego wniosku

...../ 161 /
nr kolejny wniosku /powiat / rok założenia wniosku

W N I O S E K

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

Część A : DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

(Uwaga! Wniosek należy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami)

I. Dane personalne osoby z niepełnosprawnością

.....
imię i nazwisko

PESEL

II. Adres zamieszkania osoby z niepełnosprawnością

.....
miejsowość, ulica, numer, poczta

nr telefonu**e-mail.....

III. Dane przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego Wnioskodawcy)/opiekuna prawnego/ pełnomocnika *

.....
imię i nazwisko

PESEL

IV. Adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego Wnioskodawcy)/opiekuna prawnego/ pełnomocnika *

.....
miejsowość, ulica, numer, poczta

nr telefonu**e-mail.....

Ustanowiony /a Opiekunem prawnym* /Pełnomocnikiem *

• postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. sygn. akt

• na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza

z dn. repet. Nr

** Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a) RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych tj. numeru telefonu zawartego w niniejszym wniosku przez administratora, tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pułtusku, adres: ul. 3 Maja 20, 06-100 Pułtusk, w celu kontaktu telefonicznego. Zgoda może zostać wycofana w dowolnym momencie.

.....
(miejsce i data)

.....
(podpis)

V. Stopień niepełnosprawności

1. Znaczny	
• Inwalidzi I grupy	
• Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
• Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym , którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
2. Umiarkowany	
• Inwalidzi II grupy	
• Osoby całkowicie niezdolne do pracy	
3. Lekki	
• Inwalidzi III grupy	
• Osoby częściowo niezdolne do pracy	
• Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	
4. Osoby w wieku do 16 lat posiadające orzeczenie o niepełnosprawności	

VI. Rodzaj niepełnosprawności

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządu słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
7. inny / jaki ?	

VII. Sytuacja zawodowa

1. zatrudniony */ prowadzący działalność gospodarczą *	
2. osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca *	
3. bezrobotny poszukujący pracy *	
4. rencista poszukujący pracy *, rencista/ emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy	
5. dzieci i młodzież do lat 18	

VIII. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą oraz oświadczenie o wysokości ich dochodów netto :

L.p.	Stopień pokrewieństwa	Źródło dochodu	Dochód miesięczny netto
1			
2			
3			
4			
5			
6			
	RAZEM		

Oświadczam, że:

Przeciętny miesięczny dochód o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych (tj. Dz. U. z 2018 r. poz. 2220, z późn. zm.), w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

IX. Korzystanie ze środków finansowych PFRON:

1. na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych,	
a) nie korzystałem	
b) korzystałem	
Cel dofinansowania:	
Nr umowy i data zawarcia	
Kwota dofinansowania:	
Stan rozliczenia:	

Część B: INFORMACJE O PRZEDMIOCIE WNIOSKU

I. Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:

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

Przewidywany koszt realizacji zadania (100%) zł,

(słownie :zł.)

Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:zł.

(słownie:zł.)

co stanowi% kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania.

Deklarowane środki własne (ponad obowiązkowe ...%)

Inne źródła finansowania :

Uzasadnienie

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

II. Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier :

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

miejsce realizacji zadania:

termin rozpoczęcia:

przewidywany czas realizacji:

III. 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

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

OŚWIADCZENIE:

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem*/kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

1. Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1,2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r.-

Kodeks Karny (Dz. U. z 2018 r. poz. 1600, ze zm.), że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

2. W ciągu ostatnich 3 lat byłem/ byłam stroną umowy zawartej ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: tak nie

3. Posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach zadania: tak nie

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak nie

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PCPR: tak nie

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

.....

Uwaga! Za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął!

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Oświadczam, że zostałam/em pouczony iż dofinansowaniu nie podlegają: zakup towarów i usług dokonane przed podpisaniem umowy z Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie.

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
miejsowość, data

.....
Podpis wnioskodawcy /przedstawiciela ustawowego/ opiekuna
prawnego*/ pełnomocnika *

*niepotrzebne skreślić

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

1. administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pułtusku, adres: ul. 3 Maja 20, 06-100 Pułtusk;
2. administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@pcprpultusk.pl;

3. administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, tj. w celu niezbędnym do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, co wynika z ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, ustawy z dnia 24 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
4. dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);
5. administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
6. mają Państwo prawo uzyskać kopie swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

1. Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, tj. w ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz w Rozporządzeniu Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego z dnia 20 października 2015 r. w sprawie klasyfikowania i kwalifikowania dokumentacji, przekazywania materiałów archiwalnych do archiwów państwowych i brakowania dokumentacji niearchiwalnej;
2. przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
3. podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji ww. celów. Konsekwencją niepodania danych będzie nierozpatrzenie wniosku;
4. administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

W przypadku gdy PCPR w Pultusku powźmie wątpliwość odnośnie podanych we wniosku danych, w szczególności co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, mających wpływ na przyznanie dofinansowania, może wezwać wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie, nie dłuższym niż 14 dni, licząc od dnia otrzymania wezwania, wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.

.....
miejsowość, data

.....
*Podpis wnioskodawcy /przedstawiciela ustawowego/ opiekuna
prawnego*/ pełnomocnika*

Załączniki:

1. Kopię orzeczenia lub kopię wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t. j. Dz. U. 2018, poz. 511 z późn. zm.) a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r.,
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie, wydane przez lekarza specjalistę potwierdzające, iż likwidacja barier technicznych się jest uzasadniona potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności.
3. Kopię postanowienia Sądu dot. pełnienia funkcji opiekuna prawnego lub pełnomocnika notarialnego (oryginał do wglądu).
4. Dokumenty potwierdzające wysokość osiągniętego dochodu za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (do wglądu).
5. Oferta cenowa dotycząca wnioskowanego przedmiotu dofinansowania (z zakresu barier technicznych) lub faktura pro forma.

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

.....
miejscowość i data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
WYDANE DLA POTRZEB POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE
W CELU LIKWIDACJI BARIER TECHNICZNYCH
ZE ŚRODKÓW PFRON W MIEJSCU ZAMIESZKANIA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

1. Wnioskodawca

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania:

PESEL

2. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji*:

- dysfunkcja narządu ruchu
- dysfunkcja narządu słuchu
- dysfunkcja narządu wzroku
- upośledzenie umysłowe
- choroba psychiczna
- epilepsja
- schorzenie układu krążenia
- schorzenie neurologiczne
- inne (jakie?).....

3. Zaleca się likwidację barier technicznych poprzez:

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

4. Uzasadnienie konieczności likwidacji barier technicznych:

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

.....
(pieczęć i podpis lekarza specjalisty)

* właściwie zaznaczyć

OŚWIADCZENIE

Ja

PESEL

zam.

.....

Proszę o przekazanie dofinansowania do likwidacji barier technicznych
na rachunek bankowy:

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

Dane powyższe podałem/am zgodnie z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Pułtusk dnia.....

.....

Podpis oświadczającego

Art. 233 KK (tekst jednolity - Dz. U. 2018 poz. 1600, z późn. zm.) „Kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie umowy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat.”

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a.....
zam.
PESEL

Świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 KK za fałszywe zeznanie nieprawdy niniejszym oświadczam, że

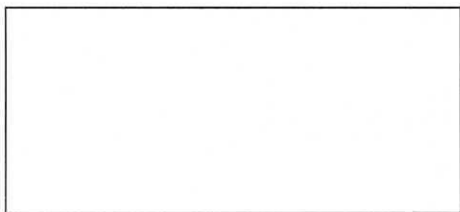
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Dane powyższe podałem/am zgodnie z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

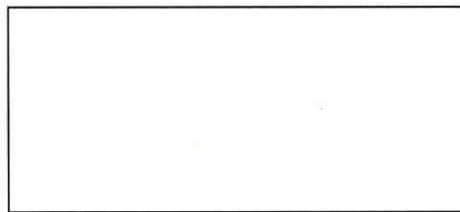
Pułtusk, dnia

.....
(podpis oświadczającego)

Art. 233 KK (tekst jednolity - Dz. U. 2018 poz. 1600, z późn. zm.) „Kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie umowy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat.”



pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek



data wpływu kompletnego wniosku

...../ 161 /
nr kolejny wniosku /powiat / rok założenia wniosku

W N I O S E K

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

Część A : DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY
(Uwaga! Wniosek należy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami)

I. Dane personalne osoby z niepełnosprawnością

.....
imię i nazwisko

PESEL

II. Adres zamieszkania osoby z niepełnosprawnością

.....
miejsowość, ulica, numer, poczta

nr telefonu**e-mail.....

III. Dane przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego Wnioskodawcy)/opiekuna prawnego/pełnomocnika *

.....
imię i nazwisko

PESEL

IV. Adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego Wnioskodawcy)/opiekuna prawnego/pełnomocnika *

.....
miejsowość, ulica, numer, poczta

nr telefonu**e-mail.....

Ustanowiony /a Opiekunem prawnym* /Pełnomocnikiem *

- postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. sygn. akt
 - na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza
- z dn. repet. Nr

** Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a) RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych tj. numeru telefonu zawartego w niniejszym wniosku przez administratora, tj . Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pułtusk, adres: ul. 3 Maja 20, 06-100 Pułtusk, w celu kontaktu telefonicznego. Zgoda może zostać wycofana w dowolnym momencie.

.....
(miejsce i data)

.....
(podpis)

V. Stopień niepełnosprawności

1. Znaczny	
• Inwalidzi I grupy	
• Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
• Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym , którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
2. Umiarkowany	
• Inwalidzi II grupy	
• Osoby całkowicie niezdolne do pracy	
3. Lekki	
• Inwalidzi III grupy	
• Osoby częściowo niezdolne do pracy	
• Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	
4. Osoby w wieku do 16 lat posiadające orzeczenie o niepełnosprawności	

III. Rodzaj niepełnosprawności

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządu słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
7. inny / jaki ?	

VI. Sytuacja zawodowa

1. zatrudniony */ prowadzący działalność gospodarczą *	
2. osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca *	
3. bezrobotny poszukujący pracy *	
4. rencista poszukujący pracy *, rencista/ emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy	
5. dzieci i młodzież do lat 18	

VII. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą oraz oświadczenie o wysokości ich dochodów netto :

L.p.	Stopień pokrewieństwa	Źródło dochodu	Dochód miesięczny netto
1			
2			
3			
4			
5			
6			
	RAZEM		

Oświadczam, że:

Przeciętny miesięczny dochód o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych (tj. Dz. U. z 2018r. Poz. 2220, z późn. zm.), w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosiłzł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

VIII. Korzystanie ze środków finansowych PFRON:

I. na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych,	
a) nie korzystałem	
b) korzystałem	
Cel dofinansowania:	
Nr umowy i data zawarcia	
Kwota dofinansowania:	
Stan rozliczenia:	

Część B: INFORMACJE O PRZEDMIOCIE WNIOSKU

I. Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:

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

Przewidywany koszt realizacji zadania (100%) zł ,

(słownie :zł.)

Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:zł.

(słownie:zł.)

co stanowi% kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania.

Deklarowane środki własne (ponad obowiązkowe ...%)

Inne źródła finansowania :

Uzasadnienie

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

II. Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:

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

miejsce realizacji zadania:

termin rozpoczęcia:

przewidywany czas realizacji:

III. 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

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

OŚWIADCZENIE:

1. Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1,2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r.- Kodeks Karny (Dz. U. z 2018 r. poz. 1600, ze zm.), że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
2. W ciągu ostatnich 3 lat byłem/ byłam stroną umowy zawartej ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: tak nie
3. Posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach zadania:

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak nie

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PCPR: tak nie

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

.....

Uwaga! Za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął!

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Oświadczam, że zostałam/em pouczony iż dofinansowaniu nie podlegają: zakup towarów i usług dokonane przed podpisaniem umowy z Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie.

**niepotrzebne skreślić*

W przypadku gdy PCPR w Pultusku poweźmie wątpliwość odnośnie podanych we wniosku danych, w szczególności co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, mających wpływ na przyznanie dofinansowania, może wezwać wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie, nie dłuższym niż 14 dni, licząc od dnia otrzymania wezwania, wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.

.....

miejsceowość, data

.....

Podpis wnioskodawcy /przedstawiciela ustawowego/

opiekuna prawnego/ pełnomocnika

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

1. administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pułtusk, adres: ul. 3 Maja 20, 06-100 Pułtusk;
2. administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@pcprpultusk.pl;
3. administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, tj. w celu niezbędnym do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, co wynika z ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, ustawy z dnia 24 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
4. dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);
5. administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
6. mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

1. Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, tj. w ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz w Rozporządzeniu Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego z dnia 20 października 2015 r. w sprawie klasyfikowania i kwalifikowania dokumentacji, przekazywania materiałów archiwalnych do archiwów państwowych i brakowania dokumentacji niearchiwalnej;
2. przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
3. podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji ww. celów. Konsekwencją niepodania danych będzie nierozpatrzenie wniosku;
4. administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
miejsowość, data

.....
*Podpis wnioskodawcy /przedstawiciela ustawowego/ opiekuna
prawnego*/ pełnomocnika **

Załączniki:

1. Kopię orzeczenia lub kopię wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t. j. Dz. U. 2018, poz. 511 z późn. zm.) a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r.,
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie, wydane przez lekarza specjalistę potwierdzające, iż likwidacja barier w komunikowaniu się jest uzasadniona potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności.
3. Kopię postanowienia Sądu dot. pełnienia funkcji opiekuna prawnego lub pełnomocnika notarialnego (oryginał do wglądu).
4. Dokumenty potwierdzające wysokość osiągniętego dochodu za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (do wglądu).
5. Oferta cenowa dotycząca wnioskowanego przedmiotu dofinansowania (z zakresu barier w komunikowaniu się) lub faktura pro forma,
6. Oferta cenowa dotycząca wnioskowanego przedmiotu dofinansowania (z zakresu barier w komunikowaniu się) lub faktura pro forma.
7. W przypadku osób bezrobotnych lub poszukujących pracy - zaświadczenie z PUP.
8. Dzieci i młodzież (powyżej 10-tego roku życia) uczące się – zaświadczenie ze szkoły, poradni psychologiczno-pedagogicznej.

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

.....
miejscowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
WYDANE DLA POTRZEB POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE
W CELU LIKWIDACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ
ZE ŚRODKÓW PFRON W MIEJSCU ZAMIESZKANIA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

1. Wnioskodawca

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania:

PESEL

2. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji*:

- dysfunkcja narządu ruchu
- dysfunkcja narządu słuchu
- dysfunkcja narządu wzroku
- upośledzenie umysłowe
- choroba psychiczna
- epilepsja
- schorzenie układu krążenia
- schorzenie neurologiczne
- inne (jakie?).....

3. Zaleca się likwidację barier w komunikowaniu się poprzez:

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

4. Uzasadnienie konieczności likwidacji barier komunikowaniu się :

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

.....
(pieczęć i podpis lekarza specjalisty)

* właściwe zaznaczyć

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja

PESEL

zam.

.....

Proszę o przekazanie dofinansowania do likwidacji barier w komunikowaniu się
na rachunek bankowy:

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

Dane powyższe podałem/am zgodnie z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Pułtusk dnia.....

.....

Podpis oświadczającego

Art. 233 KK (tekst jednolity - Dz. U. 2018 poz. 1600, z późn. zm.) „Kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie umowy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat.”

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a

zam.

PESEL

.....

Świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 KK za fałszywe zeznanie nieprawdy niniejszym oświadczam, że

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

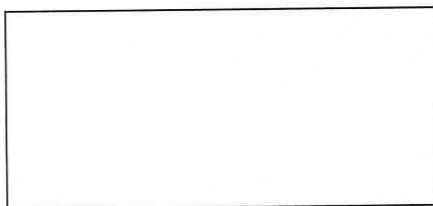
.....

Dane powyższe podałem/am zgodnie z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

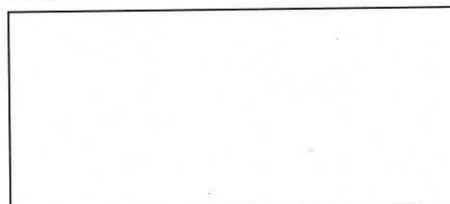
Pułtusk, dnia

.....
(podpis oświadczającego)

Art. 233 KK (tekst jednolity - Dz. U. 2018 poz. 1600, z późn. zm.) „Kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie umowy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat.”



pieczęć jednostki przyjmującej wniosek



data wpływu kompletnego wniosku

...../161 /.....
Nr kolejny wniosku/ powiat/ rok złożenia wniosku

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pułtusk
Pułtusk, ul. 3 Maja 20**

WNIOSEK

dziecko*/dorosły*

**osoby niepełnosprawnej o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych zaopatrzenia w SPRZĘT REHABILITACYJNY**

1. Dane wnioskodawcy

.....
imię (imiona) i nazwisko

Adres zamieszkania:kod pocztowy.....

PESEL:.....**nr tel :.....

nazwa banku:

nr rachunku bankowego: _ _ _ _ _

proszę o dofinansowanie zakupu:

Cena brutto sprzętu

kwota wnioskowana ze środków PFRON

Miejsce realizacji zadania

Cel dofinansowania i uzasadnienie potrzeby korzystania z wnioskowanego sprzętu:

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

*niepotrzebne skreślić

2. Dane przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego wnioskodawcy), opiekuna prawnego lub pełnomocnika:

.....
imię (imiona) i nazwisko

Adres zamieszkania:kod pocztowy.....

PESEL:.....**nr tel:.....

nazwa banku:

nr rachunku bankowego: _ _ _ _ _

ustanowiony opiekunem*/pełnomocnikiem*postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia.....sygn.Akt...../ na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza..... z dnia repet.

Nr

*niepotrzebne skreślić

** Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a) RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych tj. numeru telefonu zawartego w niniejszym wniosku przez administratora, tj . Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pułtusk, adres: ul. 3 Maja 20, 06-100 Pułtusk, w celu kontaktu telefonicznego. Zgoda może zostać wycofana w dowolnym momencie.

.....
(miejsce i data)

.....
(podpis)

Informacje o wnioskodawcy:

I. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik (proszę zaznaczyć właściwą rubrykę X):

1. znaczny	
• inwalidzki I grupy	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
• osoby stałe lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
• osoby w wieku do lat 16 (w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat), którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
2. umiarkowany	
• inwalidzki II grupy	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy	
• inwalidzki III grupy ze względu na głuchotę	
3. lekki	
• pozostali inwalidzi III grupy	

• osoby częściowo niezdolne do pracy	
• osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

II. Rodzaj niepełnosprawności (proszę zaznaczyć właściwą rubrykę X):

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja wzroku	
4. dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
5. upośledzenie umysłowe	
6. schorzenie neurologiczne	
7. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

III. Sytuacja zawodowa wnioskodawcy (proszę zaznaczyć właściwą rubrykę X):

1. zatrudniony* / prowadzący działalność gospodarczą*	
2. osoba w wieku od 13 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca*	
3. bezrobotny poszukujący pracy* / rencista poszukujący pracy*	
4. rencista* / emeryt*	
5. dzieci i młodzież do 18 lat	

IV. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą oraz oświadczenie o wysokości ich dochodów netto:

Lp.	Stopień pokrewieństwa	Źródło dochodu	Dochód miesięczny netto
1			
2			
3			
4			
5			
6			
	RAZEM		

Oświadczam, że:

Przeciętny miesięczny dochód o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych (tj. Dz. U. z 2018r. Poz. 2220, z późn. zm.), w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

V. Deklarowany udział własny wnioskodawcy:

1. Deklarowany przez wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania% :

VI. Wcześniejsze korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji

Osób Niepełnosprawnych (proszę zaznaczyć właściwą rubrykę X):

1. korzystałem/am z dofinansowania do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny	
• Przedmiot dofinansowania:	
• Data otrzymania dofinansowania:	
• Kwota dofinansowania:zł.	
2. nie korzystałem/am z dofinansowania do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny	

3. korzystałem/am na inne cele ustawowe	
• Przedmiot dofinansowania:	
• Data otrzymania dofinansowania:	
• Kwota dofinansowania:zł.	
4. korzystałem/am i rozliczyłem/am się	
5. korzystałem/am i jestem w trakcie rozliczenia	
6. korzystałem/am i nie rozliczyłem/am się	

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak nie

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PCPR: tak nie

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

.....

Uwaga! Za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął!

Upředzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1,2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r.- Kodeks Karny (Dz. U. z 2018 r. poz. 1600, ze zm.), że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy*, przedstawiciela ustawowego*,
opiekuna prawnego*, pełnomocnika*)

*niepotrzebne skreślić

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

1. administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pułtusk, adres: ul. 3 Maja 20, 06-100 Pułtusk;
2. administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@pcprpultusk.pl;
3. administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, tj. w celu niezbędnym do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, co wynika z ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, ustawy z dnia 24 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
4. dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np.

kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);

5. administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
6. mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

1. Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, tj. w ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz w Rozporządzeniu Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego z dnia 20 października 2015 r. w sprawie klasyfikowania i kwalifikowania dokumentacji, przekazywania materiałów archiwalnych do archiwów państwowych i brakowania dokumentacji niearchiwalnej;
2. przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
3. podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji ww. celów. Konsekwencją niepodania danych będzie nierozpatrzenie wniosku;
4. administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

Załączniki do wniosku:

1. Kopię orzeczenia lub kopię wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t. j. Dz. U. 2018, poz. 511, z późn. zm.) a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r.,
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie wydane przez specjalistę,
3. Oferta cenowa dotycząca wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego lub faktura proforma.
4. Dokument potwierdzający wysokość osiągniętego dochodu za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (do wglądu)

ADNOTACJE PCPR:

Wniosek rozpatrzony: POZYTYWNIEM NEGATYWNIEM

Kwota Przyznanego dofinansowania ze środków finansowych PFRON:zł
słownie:

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Pułtuskach celem ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

1. Wnioskodawca:

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

2. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji*:

- dysfunkcja narządu ruchu
- dysfunkcja narządu słuchu
- dysfunkcja narządu wzroku
- upośledzenie umysłowe
- choroba psychiczna
- epilepsja
- schorzenie układu krążenia
- schorzenie neurologiczne
- inne (jakie?).....

3. Czy zaleca się zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny?

- Tak
- Nie

.....
(pełna nazwa sprzętu)

* zaznaczyć właściwe

4. Uzasadnienie konieczności prowadzenia rehabilitacji wnioskodawcy w warunkach domowych przy użyciu wnioskowanego sprzętu.

.....

.....

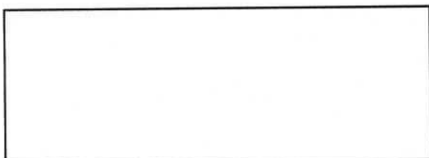
.....

.....

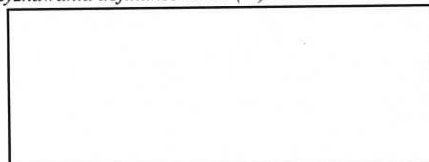
.....

.....

.....
(pieczęć i podpis lekarza specjalisty)



pieczęć jednostki przyjmującej wniosek



data wpływu kompletnego wniosku

...../ 161 /
nr kolejny wniosku / powiat / rok złożenia wniosku

**Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym**
(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)

Imię i nazwisko.....

PESEL** nr. tel.

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

POSIADANE ORZECZENIE

- a) o stopniu niepełnosprawności znacznym umiarkowanym lekkim
b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów I II III
c) o całkowitej o częściowej niezdolności do pracy
 o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym o niezdolności do samodzielnej egzystencji
d) o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia

Korzystałem (am) z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON **
 TAK, w roku NIE

Jestem zatrudniony(a) w zakładzie pracy chronionej TAK NIE

Imię i nazwisko opiekuna
(wypełnić, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna)

OŚWIADCZENIE

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 złgr.

Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

O wszelkich zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pułtusku w ciągu 14 dni.

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a) RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych tj. numeru telefonu zawartego w niniejszym wniosku przez administratora, tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pułtusk, adres: ul. 3 Maja 20, 06-100 Pułtusk, w celu kontaktu telefonicznego. Zgoda może zostać wycofana w dowolnym momencie.

.....
(miejsce i data)

.....
(podpis)

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia .***

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwe zaznaczyć

***Dotyczy Turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne

Klauzula informacyjna RODO

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

- 1) administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pułtusk, adres: ul. 3 Maja 20, 06-100 Pułtusk;
- 2) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@pcprpultusk.pl;
- 3) administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, tj. w celu niezbędnym do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, co wynika z ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, ustawy z dnia 24 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
- 4) dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);
- 5) administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- 6) mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

- 1) Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, tj. w ustawie z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz w Rozporządzeniu Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego z dnia 20 października 2015 r. w sprawie klasyfikowania i kwalifikowania dokumentacji, przekazywania materiałów archiwalnych do archiwów państwowych i brakowania dokumentacji niearchiwalnej;
- 2) przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
- 3) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji ww. celów. Konsekwencją niepodania danych będzie nierozpatrzenie wniosku.
- 4) administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

Do wniosku należy dołączyć:

1. Kopię orzeczenia lub kopie wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r.,
2. Dokumenty potwierdzające wysokość osiągniętego dochodu za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (do wglądu).

ADNOTACJE PCPR:

Nr sprawy: PCPR.PN.7000.....20.....

Wniosek rozpatrzony: POZYTYWNI NEGATYWNI

Kwota Przyznanego dofinansowania ze środków finansowych PFRON:zł
słownie:

.....
data przyjęcia wniosku

.....
pieczętka i podpis przyjmującego wniosek

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania*

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji : **

- | | |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna | <input type="checkbox"/> padaczka |
| <input type="checkbox"/> schorzenia układu krążenia | <input type="checkbox"/> inne |

(jaki?)

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie : **

Nie

Tak –

uzasadnienie

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

Uwagi:

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

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

**Właściwie zaznaczyć

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)

Imię i nazwisko uczestnika turnusu

PESEL

Adres zamieszkania*

Rodzaj turnusu

termin turnusu : od do

Dane organizatora turnusu :

Nazwa i adres z kodem pocztowym

.....

.....

.....

Dane ośrodka w którym odbędzie się turnus :

Nazwa i adres z kodem pocztowym

.....

.....

.....

Oświadczam, że nie korzystam z dofinansowania uczestnictwa w wyżej wymienionym turnusie rehabilitacyjnym przyznanego na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub o systemie ubezpieczeń społecznych albo ubezpieczeniu społecznym rolników.

.....

(miejsce i data)

.....

(podpis)

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

Warunkiem otrzymania dofinansowania do uczestnictwa w turnusie opiekuna osoby niepełnosprawnej jest złożenie przez wnioskodawcę oświadczenia, w którym zawarte będą dane opiekuna niezbędne podczas przekazywania środków finansowych do ośrodka, w którym odbędzie się turnus.

....., dn.

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....

.....
(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE

(poniżej wpisujemy dane opiekuna)

Oświadczam, że funkcję opiekuna na wybranym przeze mnie turnusie rehabilitacyjnym ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych pełnić będzie Pani/Pan*

nr PESEL.....nr. tel.....

Osoba ta:

1. Nie będzie pełniła funkcji członka kadry na wskazanym przeze mnie turnusie,
2. Nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej,
3. Nie jest posiadaczem orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub równoważnego,
4. Ukończyła 18 lat*/ukończyła 16 lat i jest zamieszkującym ze mną członkiem rodziny*

Oświadczam również, iż powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

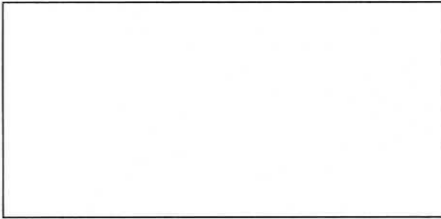
.....
(czytelny podpis wnioskodawcy*, przedstawiciela ustawowego*, opiekuna prawnego*, pełnomocnika)

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a) RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych tj. numeru telefonu zawartego w niniejszym wniosku przez administratora, tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pułtusk, adres: ul. 3 Maja 20, 06-100 Pułtusk, w celu kontaktu telefonicznego. Zgoda może zostać wycofana w dowolnym momencie.

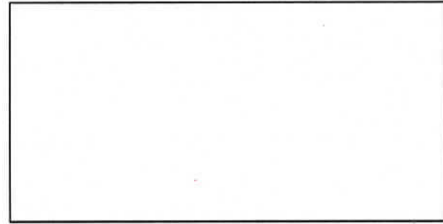
.....
(miejsce i data)

.....
(podpis opiekuna)

* niepotrzebne skreślić



pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek



data wpływu kompletnego wniosku

...../161 /.....
Nr kolejny wniosku/ powiat/ rok złożenia wniosku

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pułtusk
Pułtusk, ul. 3 Maja 20**

WNIOSEK

dziecko*/dorosły*

o dofinansowanie zaopatrzenia osób niepełnosprawnych w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

1. Dane wnioskodawcy

Imię (imiona) i nazwisko

Adres zamieszkania: kod pocztowy

PESEL:** nr tel.:

2. Dane przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego wnioskodawcy), opiekuna prawnego* lub pełnomocnika*:

Imię (imiona) i nazwisko

Adres zamieszkania: kod pocztowy

PESEL:**nr tel.:

ustanowiony opiekunem*/pełnomocnikiem*postanowieniem Sądu Rejonowego z dniasygn. akt/ na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dnia repet. Nr

*niepotrzebne skreślić

** Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a) RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych tj. numeru telefonu zawartego w niniejszym wniosku przez administratora, tj . Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pułtusk, adres: ul. 3 Maja 20, 06-100 Pułtusk, w celu kontaktu telefonicznego. Zgoda może zostać wycofana w dowolnym momencie.

.....

(miejsce i data)

.....

(podpis)

3. Wnioskowany przedmiot dofinansowania:

4. Oświadczenie o miesięcznych dochodach:

Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą oraz oświadczenie o wysokości ich dochodów netto:

L.p.	Stopień pokrewieństwa	Źródło dochodu	Dochód miesięczny netto
1			
2			
3			
4			
5			
6			
	RAZEM		

Oświadczam, że:

Przeciętny miesięczny dochód o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych (tj. Dz. U. z 2018r. Poz. 2220, z późn. zm.), w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosiłzł.
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

Prawdziwość przedstawionych danych potwierdzam pod odpowiedzialnością karną przewidzianą w art. 233 § 1 i § 2 Kodeksu Karnego (Dz. U. z 2018 r. poz. 1600, ze zm.)

W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku proszę o przekazanie kwoty dofinansowania:

- za pośrednictwem kasy Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
- przelewem na nr rachunku podanym: w załączeniu na fakturze

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy*, przedstawiciela ustawowego*, opiekuna prawnego*, pełnomocnika*)

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

- 1) administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pułtusk, adres: ul. 3 Maja 20, 06-100 Pułtusk;
- 2) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@pcprpultusk.pl;
- 3) administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, tj. w celu niezbędnym do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, co wynika z ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, ustawy z dnia 24 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
- 4) dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę

powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);

- 5) administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- 6) mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

- 1) Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, tj. w ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz w Rozporządzeniu Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego z dnia 20 października 2015 r. w sprawie klasyfikowania i kwalifikowania dokumentacji, przekazywania materiałów archiwalnych do archiwów państwowych i brakowania dokumentacji niearchiwalnej;
- 2) przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
- 3) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji ww. celów. Konsekwencją niepodania danych będzie nierozpatrzenie wniosku;
- 4) administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

Do wniosku należy dołączyć:

1. Kopię orzeczenia lub kopię wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t. j. Dz. U. 2018, poz. 511 z późn. zm.) a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r.,
2. Fakturę określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup, wraz z potwierdzoną za zgodność, przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, kopią zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
3. Kopię zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wraz z ofertą określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji.
4. Dokumenty potwierdzające wysokość osiągniętego dochodu za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (do wglądu)

.....
data przyjęcia wniosku

.....
pieczętka i podpis przyjmującego wniosek

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja PESEL

zam.

.....

Proszę o przekazanie dofinansowania do zakupionego przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego na rachunek bankowy:

.....

.....

.....

.....

Dane powyższe podałem/am zgodnie z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Pułtusk dnia

.....
Podpis oświadczającego

Art. 233 KK (tekst jednolity - Dz. U. 2018 poz. 1600, z późn. zm.) „Kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie umowy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat.”