

Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

**WNIOSEK**

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

**Część A – DANE WNIOSKODAWCY**

**DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

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

**ADRES ZAMIESZKANIA**

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

## ADRES KORESPONDENCYJNY

Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

## DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

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

## ADRES ZAMIESZKANIA

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

## STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Stopień niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
<b>Numer orzeczenia:</b>	
<b>Grupa inwalidzka:</b>	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<b>Niezdolność:</b>	<input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<b>Rodzaj niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne <input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

<b>Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

### ŚREDNI DOCHÓD

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

indywidualne     wspólne

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy: .....**

**Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:.....**

### KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

**Na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych ze środków finansowych PFRON:**

nie korzystałem  
 korzystałem

### CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

### Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

#### PRZEDMIOT WNIOSKU

Nazwa pola	Do uzupełnienia
------------	-----------------

<b>Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:</b>	
<b>Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):</b>	
Słownie:	
<b>Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:</b>	
Słownie:	
<b>co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:</b>	
<b>Deklarowane środki własne:</b>	
<b>Inne źródła finansowania:</b>	

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

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

### OPIS PONIESIONYCH NAKŁADÓW

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

### FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

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

- W kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)
- Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

## Część C – Dane dodatkowe

### SYTUACJA ZAWODOWA

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

### OŚWIADCZENIE

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

**Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: .....**

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

Na podstawie Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Chojnicach informuje, że:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Chojnicach przy ul. Piłsudskiego 30, zwany dalej Administratorem.

Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym może się Pani/Pan skontaktować telefonicznie – tel.604-080-935 lub poprzez e-mail:[inspektor25052018@gmail.com](mailto:inspektor25052018@gmail.com) we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu wykonywania zadań Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Chojnicach, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Przetwarzanie Pani/Pana danych jest niezbędne do wypełniania obowiązku prawnego, wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą przed zawarciem umowy, jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania

władzy publicznej powierzonej administratorowi. Podstawą przetwarzania danych osobowych może być również zgoda.

Podanie danych jest wymogiem ustawowym, nie podanie danych skutkuje pozostawieniem sprawy bez rozpatrzenia i jest niezbędne do zawarcia umowy, w przypadku niepodania danych niemożliwe jej zawarcie.

Posiada Pani/Pan prawo do:

- żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
- wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania,
- przenoszenia danych,
- wniesienia skargi do organu nadzorczego,
- cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych.

Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z jednolitym rzeczowym wykazem akt.

#### Zgoda na przetwarzanie danych osobowych zgodnej z RODO

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy z siedzibą w Chojnicach ul. Piłsudskiego 30 w celu uzyskania dofinansowania ze środków PFRON .
2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
3. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

**Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.**

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

#### Lista załączników do wniosku:

1. Kopia orzeczenie o stopniu niepełnosprawności albo kopia orzeczenia równoważnego lub o niepełnosprawności, wydanym przed ukończeniem 16 roku życia.
2. Zaświadczenie lekarskie wystawione w ciągu 3 miesięcy przed dniem złożenia wniosku potwierdzające rodzaj niepełnosprawności, aktualny stan zdrowia oraz zasadność zakupu wnioskowanego sprzętu (załącznik Nr 1).
3. Kopia dokumentu stwierdzającego opiekę prawną nad podopiecznym ( dotyczy opiekuna prawnego).

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

( załącznik do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON do likwidacji barier w komunikowaniu się)

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

### 1. Rozpoznanie choroby zasadniczej :

.....  
.....

### 2. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:

.....  
.....

### 3. Rodzaj niepełnosprawności (zakreślić właściwe):

- 1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
- 2. dysfunkcja narządu ruchu bez konieczności poruszania się na wózku inwalidzkim
- 3. wrodzony brak lub amputacja kończyn
- 4. inna dysfunkcja narządu ruchu
- 5. dysfunkcja narządu wzroku
- 6. dysfunkcja narządu słuchu
- 7. dysfunkcja narządu mowy
- 8. inne schorzenia (jakie?)

.....

### 3. Opis niepełnosprawności ze szczególnym uwzględnieniem, czy osoba ma trudności w porozumiewaniu się i przekazywaniu informacji w związku z istniejącą niepełnosprawnością

.....  
.....

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)



**Zasady udzielania osobie niepełnosprawnej dofinansowania ze środków finansowych Państwowego Funduszu  
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na likwidację  
barier w komunikowaniu się**

**Wnioski przyjmowane są od 16.01.2024 r. w siedzibie PCPR Chojnice ul. Piłsudskiego 30**

**I piętro pokój 120**

**Druki wniosków dostępne również na stronie [www.pcpr.infochojnice.pl](http://www.pcpr.infochojnice.pl) (zakładka pobierz: wnioski – rehabilitacja społeczna)**

Ze środków PFRON może być dofinansowany zakup sprzętu, mającego na celu likwidację bariery w komunikowaniu się. Przez barierę w komunikowaniu się należy rozumieć ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji.

**O dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się mogą ubiegać się osoby fizyczne (w tym małoletnie), które spełniają następujące warunki:**

- a) posiadają orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (bądź też równoważne z nimi), lub w przypadku dzieci i młodzieży w wieku do lat 16 – orzeczenie o niepełnosprawności
- b) rodzaj ich niepełnosprawności wskazuje na dysfunkcje narządu wzroku, słuchu, mowy potwierdzony aktualnym, ważnym 3 miesiące od daty wystawienia zaświadczeniem lekarskim
- c) osoby niepełnosprawne w wieku aktywności zawodowej do 65 roku życia oraz dzieci i młodzież ucząca się do 25 roku życia i dzieci objęte obowiązkiem szkolnym tj. od 6 roku życia.

**WYKAZ SPRZĘTÓW Z ZAKRESU LIKWIDACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ:**

- a) zakup zestawu komputerowego lub laptop - maksymalne dofinansowanie do 2.000 zł;
- b) zakup dyktafonu - maksymalne dofinansowanie do 200 zł
- c) zakup radiomagnetofonów - maksymalne dofinansowanie do 400 zł;
- d) zakup i montaż sygnalizacji świetlnej:
  - wyposażenie dzwonka do drzwi w sygnalizację świetlną
  - wyposażenie telefonu w sygnalizację świetlną
- e) zakup aparatu telefonicznego ze wzmacniaczem dźwięku lub funkcją dla osób słabowidzących - maksymalne dofinansowanie do 1.500 zł
- f) zakup czytników - maksymalne dofinansowanie do 400 zł
- g) zakup tabletu z oprogramowaniem do komunikacji alternatywnej - maksymalne dofinansowanie do 2.500 zł

**Zakupiony w ramach likwidacji barier w komunikowaniu się sprzęt musi być fabrycznie nowy oraz posiadać gwarancję.**

**Wysokość dofinansowania**

1. Wysokość dofinansowania wynosi do 95 % wartości realizowanego zadania.
2. Dofinansowanie na likwidację barier w lokalu mieszkalnym wnioskodawcy może być udzielone **raz na trzy lata kalendarzowe, ponownie złożony wniosek nie może dotyczyć urządzeń, których zakup był poprzednio objęty dofinansowaniem.**
3. **Wnioskodawca zobowiązany jest do zadeklarowania udziału środków własnych w wysokości stanowiącej minimum 5% wartości realizowanego zadania.**

**Procedura dotycząca przyznawania dofinansowania likwidacji barier w komunikowaniu się**

1. Podstawę dofinansowania stanowi umowa zawarta **przed zakupem** sprzętu pomiędzy PCPR a Wnioskodawcą.

2. Dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się nie przysługuje osobom niepełnosprawnym, które w ciągu trzech lat przed złożeniem uzyskały odpowiednio na te cele dofinansowanie ze środków PFRON.
3. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie.
4. W wyznaczonym terminie Wnioskodawca zobowiązany jest stawić się z dowodem osobistym do siedziby PCPR w celu podpisania umowy. **Wnioskodawca podpisuje umowę osobiście.**
5. Po podpisaniu umowy Wnioskodawca dokonuje zakupu sprzętu wpłacając udział własny i w wyznaczonym terminie jest zobowiązany dostarczyć oryginał faktury i dowód wpłaty do siedziby PCPR.
6. PCPR po weryfikacji faktur przekazuje (nie później niż) w ciągu 14 dni środki finansowe stanowiące dofinansowanie zadania na wskazane przez Wnioskodawcę konto własne lub konto wystawcy faktury.
7. PCPR ma prawo w ciągu trzech lat po podpisaniu umowy do kontroli zakupionego sprzętu.
8. **W przypadku śmierci Wnioskodawcy wniosek nie podlega dalszemu rozpatrywaniu, a zawarta umowa wygasa.**

Przyjmuję do wiadomości powyższą procedurę oraz informację, że niniejszy wniosek złożony w dniu.....zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i uchwaleniu planu finansowego na 2024 rok przez Radę Powiatu Chojnickiego.

.....  
Podpis Wnioskodawcy