

Zarządzenie nr .....1512022.....

Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu

z dnia .....30.12.2022.....

**w sprawie: ustalenia procedur rozpatrywania wniosków i zasad udzielania dofinansowań ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z zakresu rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych**

Na podstawie art. 35a ust. 1 pkt 7 lit a, b, c, d i f oraz ust. 2 pkt. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2021r. poz. 573 z późn. zm.) 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 2015r. poz. 926) oraz Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopad 2007r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. z 2007r. Nr 230, poz. 1694, ze zm.) zarządza się, co następuje:

§ 1

1. W związku ograniczonymi środkami Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, przypadających Powiatowi Milickiemu według algorytmu w latach ubiegłych, wprowadza się w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu, zwanym dalej „Centrum” procedury rozpatrywania wniosków i zasady udzielania dofinansowań ze środków PFRON do poszczególnych zadań związanych z rehabilitacją społeczną osób niepełnosprawnych, realizowanych przez Centrum, stanowiące załącznik nr 1 do niniejszego zarządzenia.

2. W przypadku niedoboru środków w danym roku istnieje możliwość realizacji tylko wybranych zadań z zakresu rehabilitacji społecznej, po dokonaniu wyboru zadań przez powiat – na podstawie zidentyfikowanych potrzeb osób niepełnosprawnych oraz priorytetów powiatu określonych w powiatowych programach działań na rzecz osób niepełnosprawnych.

§ 2

1. Wzory wniosków przyjęto w oparciu o wzory udostępnione przez PFRON w ramach systemu SOW.
2. Wnioski w ramach poszczególnych zadań z zakresu rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych przyjmowane są w formie tradycyjnej, jak również za pośrednictwem systemu SOW [www.sow.pfron.org.pl](http://www.sow.pfron.org.pl) jednakże wymagane jest posiadanie narzędzia autoryzacji – uwierzytelnienia przez profil zaufany na platformie ePUAP lub przy pomocy kwalifikowalnego podpisu elektronicznego.

§ 3

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podjęcia, z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2023r. , za wyjątkiem wzorów wniosków dot. dofinansowania sportu, kultury i rekreacji osób niepełnosprawnych, oraz zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, osób prawnych i jednostek organizacyjnych nie posiadających osobowości prawnej, które zostały udostępnione do wypełnienia na stronie internetowej [www.pcpmilicz.pl](http://www.pcpmilicz.pl) przed 30.11.2022r.

§ 4

Traci moc Zarządzenie nr 18/2021 z dnia 21.12.2021r. w sprawie: ustalenia procedur rozpatrywania wniosków i zasad udzielania dofinansowań ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z zakresu rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych.

Monika Szczepańska  
Dyrektor PCPR w Miliczu

Z up. STAROSTY  
mgr Monika Szczepańska  
Dyrektor  
Powiatowy Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu

Załącznik nr 1  
do Zarządzenia Dyrektora PCPR  
Nr ....15/2022..  
z dnia....30.12.2022

**Procedury rozpatrywania wniosków i zasady udzielania dofinansowań ze środków PFRON do poszczególnych zadań związanych z rehabilitacją społeczną osób niepełnosprawnych, realizowanych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu**

**§ 1**

***Zasady i procedury udzielania osobie niepełnosprawnej dofinansowania ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w zakresie likwidacji barier architektonicznych***

1. Dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych ma służyć pomocy w likwidowaniu istniejących barier architektonicznych w najbliższym otoczeniu wnioskodawcy. Dofinansowaniu nie podlegają prace remontowo – wykończeniowe, które nie wpływają na poprawę funkcjonowania osoby niepełnosprawnej lecz stanowią o podniesieniu estetyki pomieszczeń.
2. Dofinansowaniem ze środków PFRON może być objęta likwidacja barier architektonicznych w budynkach już istniejących. Dofinansowaniem ze środków Funduszu nie może być objęte dostosowanie budynku nowo wybudowanego lub będącego w trakcie prac wykończeniowych (jeśli niepełnosprawność istniała w momencie budowy/prac wykończeniowych).
3. Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier architektonicznych wraz z wymaganymi załącznikami, osoba niepełnosprawna składa na druku stanowiącym **załącznik nr 1** do niniejszych procedur.
4. Rozpatrywanie wniosków o dofinansowanie odbywa się w następujący sposób:
  - a) przyjmowanie i sprawdzanie wniosków pod względem formalnym,
  - b) dokonanie oceny wniosku według skali punktowej,
  - c) ustala się minimalny próg (liczbę punktów) umożliwiającą bieżącą realizację wniosków – na poziomie **25 punktów** (wnioski te będą kwalifikowane do dofinansowania w pierwszej kolejności),
  - d) po zakwalifikowaniu wniosku do dofinansowania pracownik ds. nadzoru – kontroli technicznej nad zadaniami związanymi z likwidacją barier architektonicznych dokonuje wizji lokalnej w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej, w celu oceny rzetelność sporządzonego kosztorysu i konieczności prac, w szczególności czy wszystkie przewidziane wydatki są niezbędne dla osiągnięcia zakładanych rezultatów, czy zakładane koszty są racjonalne i nie zostały nienaturalnie zawyżone w porównaniu ze stawkami rynkowymi,
  - e) wnioskodawca zostaje pisemnie powiadomiony o sposobie rozpatrzenia wniosku,
  - f) z wnioskodawcą, którego wniosek został zakwalifikowany do dofinansowania i poddany wizji lokalnej zawierana jest umowa.

5. Prace wykonywane w ramach likwidacji barier architektonicznych nie mogą stwarzać kolejnych barier dla osoby niepełnosprawnej.
6. Przekroczenie kosztów ponad wysokość przyznanego dofinansowania, także w przypadkach gdy niezbędne było wykonanie dodatkowych robót budowlanych wymaganych przepisami, w tym techniczno – budowlanymi obowiązującymi Polskimi Normami oraz zasadami wiedzy technicznej, Wnioskodawca pokrywa ze środków własnych.
7. Do obowiązków Wnioskodawcy należy uzyskanie uzgodnień, opinii i pozwoleń wymaganych przepisami szczególnymi a także zapewnienie nadzoru inwestorskiego – w koniecznych przypadkach (koszty ich uzyskania pokrywa wnioskodawca).
8. W związku z niedoborem środków PFRON w kolejnych latach oraz przewidywanym niedoborem tych środków w roku bieżącym ustala się maksymalna wysokość dofinansowania:
  - a) **do 15 000,00 zł dla wniosków, które uzyskały podczas oceny merytorycznej min. 30 punktów** jednak nie więcej niż 95% wartości zadania.
  - b) **do 10 000,00 zł dla wniosków, które uzyskały podczas oceny merytorycznej min. 28 punktów** jednak nie więcej niż 95% wartości zadania.
  - c) **do 8 000,00 zł dla wniosków, które uzyskały podczas oceny merytorycznej min. 25 punktów** jednak nie więcej niż 95% wartości zadania.
9. W uzasadnionych przypadkach Dyrektor Centrum może wyrazić zgodę na zwiększenie kwoty dofinansowania jednak nie więcej niż do max 95% wartości zadania i nie więcej niż 15-krotność przeciętnego wynagrodzenia.
10. Po rozliczeniu się Wnioskodawcy z przyznanego dofinansowania, pracownik ds. nadzoru – kontroli technicznej nad zadaniami związanymi z likwidacją barier architektonicznych dokonuje odbioru zrealizowanych w ramach umowy prac.
11. Po sprawdzeniu wszystkich dokumentów rozliczeniowych przez pracownika PCPR, pod względem formalnym i merytorycznym następuje wypłata kwoty dofinansowania.

## § 2

### *Zasady i procedury udzielania osobie niepełnosprawnej dofinansowania ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w zakresie likwidacji barier w komunikowaniu się*

1. Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier w komunikowaniu się wraz z wymaganymi załącznikami, osoba niepełnosprawna składa na druku stanowiącym **załącznik nr 2** do niniejszych procedur.
2. Wnioski rozpatruje pracownik lub pracownicy wyznaczeni przez Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu.
3. Rozpatrywanie wniosków o dofinansowanie odbywa się w następujący sposób:
  - a) przyjmowanie i sprawdzanie wniosków pod względem formalnym,
  - b) dokonanie oceny wniosku według skali punktowej,
  - c) ustala się minimalny próg (liczbę punktów) umożliwiającą bieżącą realizację wniosków – na poziomie **15 punktów** (wnioski te będą kwalifikowane do dofinansowania w pierwszej kolejności),
  - d) wnioskodawca zostaje pisemnie powiadomiony o sposobie rozpatrzenia wniosku,
  - e) z wnioskodawcą, którego wniosek został zakwalifikowany do dofinansowania zawierana jest umowa.

4. Przekroczenie kosztów ponad wysokość przyznanego dofinansowania wnioskodawca pokrywa ze środków własnych.
5. W związku z niedoborem środków PFRON w latach ubiegłych oraz przewidywanym niedoborem tych środków w kolejnych latach ustala się maksymalna wysokość dofinansowania:
  - a) **do 3 000,00 zł**, jednak nie więcej **niż 95%** wartości zadania -w przypadku **komputera stacjonarnego z monitorem , laptopa, smartfona;**
  - b) **do 1 000,00 zł** jednak nie więcej **niż 95%** wartości zadania -w przypadku **tableta;**
  - c) **do 500,00 zł** jednak nie więcej niż 95% wartości zadania -w przypadku **specjalistycznego oprogramowania;**
  - d) **do 1600,00 zł** jednak nie więcej niż 95% wartości zadania -w przypadku **lupy elektronicznej;**
  - e) **do 6 000,00 zł** jednak nie więcej niż 95% wartości zadania -w przypadku zakupu sprzętów specjalistycznych służących do komunikowania się **np. PCEyeMini, Mówik;**
  - f) inne urządzenia służące likwidacji barier w komunikowaniu się - jednak nie więcej niż 95% wartości zadania.
6. W przypadku rodzin posiadających więcej niż 1 dziecko niepełnosprawne dofinansowanie sprzętu elektronicznego przyznane będzie tylko i wyłącznie na jedno dziecko niepełnosprawne (dotyczy: tablet, laptop, komputer stacjonarny)
7. W uzasadnionych przypadkach, Dyrektor Centrum może wyrazić zgodę na zwiększenie kwoty dofinansowania, jednak nie więcej niż do max 95% wartości zadania i nie więcej niż 15 krotność przeciętnego wynagrodzenia.
8. Po sprawdzeniu wszystkich dokumentów rozliczeniowych przez pracownika PCPR, pod względem formalnym i merytorycznym następuje wypłata kwoty dofinansowania.

### § 3

#### *Zasady i procedury udzielania osobie niepełnosprawnej dofinansowania ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w zakresie likwidacji barier w technicznych*

1. Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier technicznych wraz z wymaganymi załącznikami, osoba niepełnosprawna składa na druku stanowiącym **załącznik nr 3** do niniejszych procedur.
2. Wnioski rozpatruje pracownik lub pracownicy wyznaczeni przez Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Milliczu.
3. Rozpatrywanie wniosków o dofinansowanie odbywa się w następujący sposób:
  - a) przyjmowanie i sprawdzanie wniosków pod względem formalnym,
  - b) dokonanie oceny wniosku według skali punktowej,
  - c) ustala się minimalny próg (liczbę punktów) umożliwiającą bieżącą realizację wniosków – na poziomie **15 punktów** (wnioski te będą kwalifikowane do dofinansowania w pierwszej kolejności),
  - d) wnioskodawca zostaje pisemnie powiadomiony o sposobie rozpatrzenia wniosku,
  - e) z wnioskodawcą, którego wniosek został zakwalifikowany do dofinansowania zawierana jest umowa.

4. Przekroczenie kosztów ponad wysokość przyznanego dofinansowania wnioskodawca pokrywa ze środków własnych.
5. W związku z niedoborem środków PFRON w latach ubiegłych oraz przewidywanym niedoborem tych środków w kolejnych latach ustala się maksymalna wysokość dofinansowania:
  - a) **do 3 500,00 zł**, jednak nie więcej niż **95%** wartości zadania – w przypadku **łóżka rehabilitacyjnego/ortopedycznego**
  - b) **do 8 000,00 zł**, jednak nie więcej niż **95%** wartości zadania – w przypadku **łóżka platformy schodowej;**
  - c) **do 4 000,00 zł**, jednak nie więcej niż **95%** wartości zadania – w przypadku **podnośnika transportowego;**
  - d) **do 2 500,00 zł**, jednak nie więcej niż **95%** wartości zadania – w przypadku **rowera trójkołowego;**
  - e) inne urządzenia służące likwidacji barier technicznych - jednak nie więcej niż 95% wartości zadania
6. W uzasadnionych przypadkach, Dyrektor Centrum może wyrazić zgodę na zwiększenie kwoty dofinansowania jednak nie więcej niż do max 95% wartości zadania i nie więcej niż 15 krotność przeciętnego wynagrodzenia.
7. Po sprawdzeniu wszystkich dokumentów rozliczeniowych przez pracownika PCPR, pod względem formalnym i merytorycznym następuje wypłata kwoty dofinansowania.

#### § 4

#### *Zasady i procedury udzielania dofinansowania ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny*

1. Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny wraz z wymaganymi załącznikami, osoba niepełnosprawna składa na druku stanowiącym **załącznik nr 4** do niniejszych procedur, natomiast osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, osoby prawne i jednostki organizacyjne nie posiadające osobowości prawnej składa wniosek na druku stanowiącym **załącznik nr 5** do niniejszych procedur.
2. Wnioski rozpatruje pracownik lub pracownicy wyznaczeni przez Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu.
3. Rozpatrywanie wniosków osób niepełnosprawnych o dofinansowanie odbywa się w następujący sposób:
  - a) przyjmowanie i sprawdzanie wniosków pod względem formalnym,
  - b) dokonanie oceny wniosku według skali punktowej,
  - c) ustala się minimalny próg (liczbę punktów) umożliwiającą bieżącą realizację wniosków – na poziomie **20 punktów** (wnioski te będą kwalifikowane do dofinansowania w pierwszej kolejności),
  - d) wnioskodawca zostaje pisemnie powiadomiony o sposobie rozpatrzenia wniosku,
  - e) z wnioskodawcą, którego wniosek został zakwalifikowany do dofinansowania zawierana jest umowa.

4. Rozpatrywanie wniosków osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, osób prawnych i jednostek organizacyjnych nie posiadających osobowości prawnej odbywa się w następujący sposób:
  - a) przyjmowanie i sprawdzanie wniosków pod względem formalnym,
  - b) dokonanie oceny wniosku według skali punktowej,
  - c) ustala się minimalny próg (liczbę punktów) umożliwiającą realizację wniosków w roku kolejnym – na poziomie **25 punktów** (wnioski te będą kwalifikowane do dofinansowania w pierwszej kolejności),
  - d) wnioskodawca zostaje pisemnie powiadomiony o sposobie rozpatrzenia wniosku,
  - e) z wnioskodawcą, którego wniosek został zakwalifikowany do dofinansowania zawierana jest umowa,
8. Przekroczenie kosztów ponad wysokość przyznanego dofinansowania wnioskodawca pokrywa ze środków własnych.
9. W związku z niedoborem środków PFRON w latach ubiegłych oraz przewidywanym niedoborem tych środków w kolejnych latach ustala się maksymalna wysokość dofinansowania w przypadku wniosków osób niepełnosprawnych
  - a) do **2 000,00 zł** jednak nie więcej niż 80% wartości zadania -w przypadku **rowerka stacjonarnego**;
  - b) inne urządzenia służące rehabilitacji osób niepełnosprawnych w warunkach domowych – przy aktywnym udziale osoby niepełnosprawnej - jednak nie więcej niż 80% wartości zadania
10. W związku z niedoborem środków PFRON w latach ubiegłych oraz przewidywanym niedoborem tych środków w kolejnych latach ustala się maksymalna wysokość dofinansowania w przypadku wniosków osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, osób prawnych i jednostek organizacyjnych nie posiadających osobowości prawnej do **5 000,00 zł**, jednak nie więcej niż **80%** wartości zadania i nie więcej niż 5 krotność przeciętnego wynagrodzenia.
11. W uzasadnionych przypadkach, Dyrektor Centrum może wyrazić zgodę na zwiększenie kwoty dofinansowania jednak nie więcej niż do max 80% wartości zadania i nie więcej niż 5 krotność przeciętnego wynagrodzenia.
12. Po sprawdzeniu wszystkich dokumentów rozliczeniowych przez pracownika PCPR, pod względem formalnym i merytorycznym następuje wypłata kwoty dofinansowania.

## § 5

### *Zasady i procedury udzielania dofinansowania ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia osób niepełnosprawnych w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze*

1. Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia osób niepełnosprawnych w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wraz z wymaganymi załącznikami, osoba niepełnosprawna składa na druku stanowiącym **załącznik nr 6** do niniejszych procedur.
2. Wnioski rozpatruje pracownik lub pracownicy wyznaczeni przez Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu.

3. Rozpatrywanie wniosków o dofinansowanie odbywa się w następujący sposób:
- a) przyjmowanie i sprawdzanie wniosków pod względem formalnym,
  - b) dokonanie oceny wniosku według skali punktowej,
  - c) ustala się minimalny próg (liczbę punktów) umożliwiającą bieżącą realizację wniosków – na poziomie **9 punktów** (wnioski te będą kwalifikowane do dofinansowania w pierwszej kolejności),
  - d) wnioskodawca zostaje pisemnie powiadomiony o sposobie rozpatrzenia wniosku.
13. Maksymalna wysokość dofinansowania przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych nie może być wyższa niż:
- a) do 100% udziału własnego osoby niepełnosprawnej w limicie ceny ustalonym na podstawie odrębnych przepisów, jeżeli taki udział jest wymagany
  - b) do 150% sumy kwoty limitu, o którym mowa w lit. a, wyznaczonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz wymaganego udziału własnego osoby niepełnosprawnej w zakupie tych przedmiotów i środków, jeżeli cena zakupu jest wyższa niż ustalony limit
14. W przypadku osób przebywających w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej wysokość dofinansowania oblicza się przez odjęcie od uzyskanej sumy kwoty, o której mowa w ust. 11 lit. b, opłaty ryczałtowej i częściowej odpłatności do wysokości limitu ceny pokrywanej przez jednostkę organizacyjną pomocy społecznej.
15. W związku z niedoborem środków PFRON w latach ubiegłych oraz przewidywanym niedoborem tych środków w kolejnych latach ustala się maksymalne kwoty dofinansowania do następujących przedmiotów:
- a) aparat słuchowy dla osoby powyżej 24 roku życia – **maksymalna kwota 1 000,00 zł** z zastrzeżeniem ust. 11 i 12;
  - b) pozostałe przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze – wg maksymalnych stawek przewidzianych w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
16. Przekroczenie kosztów ponad wysokość przyznanego dofinansowania wnioskodawca pokrywa ze środków własnych.

## § 6

### *Zasady i procedury udzielania dofinansowania ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do turnusów rehabilitacyjnych*

1. Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON uczestnictwa osoby niepełnosprawnej w turnusie rehabilitacyjnym wraz z wymaganymi załącznikami, osoba niepełnosprawna składa na druku stanowiącym **załącznik nr 7** do niniejszych procedur.
2. Wnioski rozpatruje pracownik lub pracownicy wyznaczeni przez Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu.
3. Rozpatrywanie wniosków o dofinansowanie odbywa się w następujący sposób:



- a) przyjmowanie i sprawdzanie wniosków pod względem formalnym,
  - b) dokonanie oceny sytuacji społecznej osoby niepełnosprawnej przez pracownika socjalnego,
  - c) zakwalifikowanie wniosku do dofinansowania,
  - d) wnioskodawca zostaje pisemnie powiadomiony o sposobie rozpatrzenia wniosku.
17. W związku z niedoborem środków PFRON w latach ubiegłych oraz przewidywanym niedoborem tych środków w kolejnych latach wysokość dofinansowania będzie obniżona o **20%** w stosunku do kwot określonych w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 12.12.2014r. (Dz. U. z 2014r. poz. 1937) zmieniającym rozporządzenie w sprawie turnusów rehabilitacyjnych.

## § 7

### *Zasady i procedury udzielania dofinansowania ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych usług tłumacza migowego lub tłumacza - przewodnika*

1. Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON usług tłumacza migowego wraz z wymaganymi załącznikami, osoba niepełnosprawna składa na druku stanowiącym **załącznik nr 8** do niniejszych procedur.
2. Wnioski rozpatruje pracownik lub pracownicy wyznaczeni przez Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu.
3. Rozpatrywanie wniosków o dofinansowanie odbywa się w następujący sposób:
  - a) przyjmowanie i sprawdzanie wniosków pod względem formalnym,
  - b) zakwalifikowanie wniosku do dofinansowania,
  - c) wnioskodawca zostaje pisemnie powiadomiony o sposobie rozpatrzenia wniosku.
4. Maksymalna wysokość dofinansowania usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika nie może być wyższa niż **2%** przeciętnego wynagrodzenia za godzinę jej świadczenia.

## § 8

### *Zasady i procedury udzielania dofinansowania ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych*

1. Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych wraz z wymaganymi załącznikami, uprawniony podmiot składa na druku stanowiącym **załącznik nr 9** do niniejszych procedur.
2. Wnioski rozpatruje pracownik lub pracownicy wyznaczeni przez Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu.
3. Rozpatrywanie wniosków o dofinansowanie odbywa się w następujący sposób:
  - a) przyjmowanie i sprawdzanie wniosków pod względem formalnym,
  - b) dokonanie oceny wniosku według skali punktowej,

- c) ustala się minimalny próg (liczbę punktów) umożliwiającą realizację wniosków w roku kolejnym – na poziomie **20 punktów** (wnioski te będą kwalifikowane do dofinansowania w pierwszej kolejności),
  - d) wnioskodawca zostaje pisemnie powiadomiony o sposobie rozpatrzenia wniosku,
  - e) z wnioskodawcą, którego wniosek został zakwalifikowany do dofinansowania zawierana jest umowa.
4. Przekroczenie kosztów ponad wysokość przyznanego dofinansowania wnioskodawca pokrywa ze środków własnych.
  5. W związku z niedoborem środków PFRON w latach ubiegłych oraz przewidywanym niedoborem tych środków w kolejnych latach ustala się maksymalna wysokość dofinansowania **do 7 000,00 zł**, jednak nie więcej niż **60%** wartości zadania. W uzasadnionych przypadkach Dyrektor Centrum może wyrazić zgodę na zwiększenie kwoty dofinansowania.
  6. Po sprawdzeniu wszystkich dokumentów rozliczeniowych przez pracownika PCPR, pod względem formalnym i merytorycznym następuje wypłata kwoty dofinansowania.

#### § 9

W przypadku śmierci wnioskodawcy, wniosek nie może być realizowany.

#### § 10

1. Wnioski zrealizowane podlegają kontroli, zgodnie z corocznym planem kontroli.
2. Odbiorcy dofinansowania PFRON są zobowiązani udostępnić kontrolującemu (PCPR, PFRON) niezbędnych informacji, celem zrealizowania planu kontroli.
3. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w zakresie wykorzystania środków PFRON istnieje możliwość konieczności zwrotu środków przed wnioskodawcą.

#### § 11

**Wnioski są realizowane w kolejności ich wpływu do czasu wyczerpania środków finansowych na poszczególnych zadaniach.**

#### § 12

W szczególnie uzasadnionych przypadkach dopuszcza się możliwość zakwalifikowania do dofinansowania wniosków poza kolejnością wynikającą z konieczności uzyskania minimalnego progu punktowego. – decyzję w tym zakresie podejmuje Dyrektor.

Z up. STAROSTY  
mgr Monika Szczyńska  
Dyrektor  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie

Data wpływu:

Nr sprawy:

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

**Część A – DANE WNIOSKODAWCY**

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Imię:</b>	
<b>Drugie imię:</b>	
<b>Nazwisko:</b>	
<b>PESEL:</b>	
<b>Data urodzenia:</b>	
<b>Płeć</b>	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta
<b>Wnioskodawca składa wniosek:</b> <input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczzonego notarialnie <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczzonego notarialnie	
<b>Postanowienie Sądu:</b>	
<b>Imię i nazwisko notariusza:</b>	
<b>Repetytorium nr:</b>	
<b>Zakres pełnomocnictwa:</b>	<input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie <input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania <input type="checkbox"/> do zawarcia umowy <input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku <input type="checkbox"/> do złożenia wniosku <input type="checkbox"/> inne

ADRES ZAMIESZKANIA	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
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
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
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 I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
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
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<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>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"/> upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> choroby psychiczne <input type="checkbox"/> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osoba głucha</li> <li><input type="checkbox"/> osoba głuchoniema</li> </ul> <input type="checkbox"/> narząd wzroku <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osoba niewidoma</li> <li><input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma</li> </ul> <input type="checkbox"/> narząd ruchu <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego</li> <li><input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych</li> </ul> <input type="checkbox"/> epilepsja <input type="checkbox"/> choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> 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** (przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku) :

.....

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

.....

**KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON**

Na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych/sprzęt rehabilitacyjny/AS lub inne 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 – nie więcej niż 95%:</b>	
Słownie:	

<b>co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:</b>	
<b>Deklarowane środki własne:</b>	
<b>Inne źródła finansowania:</b>	
<b>Cel dofinansowania:</b>	

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

<b>Nazwa pola</b>	<b>Do uzupełnienia</b>
<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:

<b>Nazwa pola</b>	<b>Do uzupełnienia</b>
<b>Właściciel konta (imię i nazwisko):</b>	
<b>Nazwa banku:</b>	
<b>Numer rachunku bankowego:</b>	

- Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi



**OPIS BUDYNKU I MIESZKANIA**

Nazwa pola	Wartość
<b>Budynek:</b>	<input type="checkbox"/> dom jednorodzinny, <input type="checkbox"/> wielorodzinny prywatny, <input type="checkbox"/> wielorodzinny komunalny, <input type="checkbox"/> wielorodzinny spółdzielczy
<b>Ilość pięter:</b>	<input type="checkbox"/> budynek parterowy, <input type="checkbox"/> piętrowy, <input type="checkbox"/> mieszkanie na piętrze (którym?): .....
<b>Przybliżony wiek budynku lub rok budowy:</b>	
<b>Liczba pokoi:</b>	..... + <input type="checkbox"/> kuchnia, <input type="checkbox"/> łazienka, <input type="checkbox"/> wc
<b>Łazienka jest wyposażona w:</b>	<input type="checkbox"/> wannę, <input type="checkbox"/> brodzik, <input type="checkbox"/> kabinę prysznicową, <input type="checkbox"/> umywalkę
<b>W mieszkaniu jest:</b>	<input type="checkbox"/> instalacja wody zimnej, <input type="checkbox"/> instalacja wody ciepłej, <input type="checkbox"/> kanalizacja, <input type="checkbox"/> centralne ogrzewanie, <input type="checkbox"/> prąd, <input type="checkbox"/> gaz
<b>Inne informacje o warunkach mieszkaniowych:</b>	

**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?.....

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

**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 lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

**Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu 3 lat przez złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.**

**Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2022r. poz. 1138, 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.**

Wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie w/w danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu i PFRON dla potrzeb związanych z realizacją zadań Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu na rzecz osób niepełnosprawnych finansowanych ze środków PFRON, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE oraz zapoznałem się z klauzulą informacyjną RODO obowiązującą w PCPR Milicz dostępną na stronie internetowej: [www.pcpmilicz.pl](http://www.pcpmilicz.pl)

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

**DO WNIOSKU NALEŻY ZAŁĄCZYĆ:**

- Kopię orzeczenia lub kopię wpisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art.1, art. 5 pkt. 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, a w przypadku osoby o której mowa 62 ust. 3 tej ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanym przed dniem 1 stycznia 1998r. (oryginał do wglądu),
- Kopię pełnomocnictwa lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu) w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego.
- Kosztorys wstępny planowanej inwestycji sporządzony przez zarejestrowany podmiot gospodarczy upoważniony do wystawiania faktur VAT/ oferta cenowa sprzętu z wyszczególnieniem wszystkich elementów zestawu wraz z cenami.
- oświadczenie Wnioskodawcy – według załącznika nr 1
- zaświadczenie od lekarza specjalisty (zgodnie z niepełnosprawnością) potwierdzające rodzaj niepełnosprawności oraz zakres dysfunkcji w poruszaniu się wnioskodawcy – według załącznika nr 2 (zaświadczenie ważne 3 miesiące od daty wystawienia).
- uzasadnienie wniosku wskazujące m.in. potrzeby dotyczące rehabilitacji w warunkach domowych, wynikające z niepełnosprawności - według załącznika nr 3
- Dokument potwierdzający tytuł do lokalu (własność lub użytkowanie wieczyste nieruchomości) lub zgodę właściciela lokalu lub budynku , w którym wnioskodawca stale zamieszkuje (zgoda właściciela lokalu lub budynku jest wymagana w sytuacji:
  - jeżeli likwidacja bariery nastąpi wewnątrz lokalu lub budynku ,którego właścicielem lub użytkownikiem wieczystym nie jest wnioskodawca,
  - jeżeli likwidacja bariery dotyczy prac na zewnątrz lokalu w budynku wielorodzinnym, w którym wnioskodawca stale zamieszkuje (bez względu na tytuł do lokalu).

Załącznik nr 2 do wniosku



Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

.....  
miejsowość i data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Wydane dla potrzeb PCPR w Milicz – likwidacja barier architektonicznych

(NALEŻY WYPEŁNIĆ CZYTELNIEM W JĘZYKU POLSKIM  
- ważne 3 miesiące od daty wypisania)

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres Zamieszkania .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej .....

.....  
.....

2. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzenia, możliwość poprawy).....

.....  
.....

3. Osoba niepełnosprawna:

- porusza się na wózku inwalidzkim,
- porusza się za pomocą sprzętu ortopedycznego ,  
( podać nazwę sprzętu : .....)
- jest leżąca,
- z inną dysfunkcją narządu ruchu ( podać jaką.....)

4. Występujące trudności w poruszaniu się wynikające z niepełnosprawności .....

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

.....  
*pieczętka i podpis lekarza specjalisty*

*Załącznik nr 3 do wniosku*

Imię i nazwisko wnioskodawcy.....

Imię i nazwisko podopiecznego (o ile dotyczy).....

**CEL DOFINANSOWANIA:**

**Należy m.in. opisać:**

- Trudności w poruszaniu się:

.....  
.....

- co stanowi dla Wnioskodawcy faktyczną barierę architektoniczną w miejscu zamieszkania, mając na uwadze trudności w poruszaniu się.:

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

- jak realizacja zadania przyczyni się do zlikwidowania bariery architektonicznej:

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

- w jaki sposób realizacja wnioskowanego przedmiotu dofinansowania umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi Wnioskodawcy wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem – podać konkretne przykłady.

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

- inne:

.....  
.....

Data.....

.....  
Podpis wnioskodawcy

**KARTA OCENY FORMALNEJ WNIOSKU O DOFINANSOWANIE  
LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH**

NR WNIOSKU: ON.531 – A/...../2023

IMIĘ I NAZWISKO: .....

L.p.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe)	UWAGI
1.	Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania zgodnie z rozporządzeniem MPiPS w sprawie określania rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON	<input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE	
2.	Wniosek jest kompletny, zawiera wymagane załączniki, wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach	<input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE	
3.	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy	<input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE	
4.	Adekwatność wnioskowanego przedmiotu dofinansowania z uwagi na wszelkie utrudnienia występujące w budynku i w jego najbliższej okolicy, które ze względu na rozwiązania techniczne, konstrukcyjne lub warunki użytkowania uniemożliwiają lub utrudniają swobodę ruchu osobom niepełnosprawnym.	<input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE	
Data weryfikacji formalnej wniosku :			.....2023r.
Weryfikacja formalna wniosku :			
<input type="checkbox"/> Pozytywna <input type="checkbox"/> Negatywna			
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	

.....  
 podpis pracownika  
 dokonującego oceny formalnej

.....  
 Akceptacja Dyrektora

**KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU DOTYCZĄCA LIKWIDACJI BARIER  
ARCHITEKTONICZNYCH**

NR WNIOSKU: ON.531 – A /...../2023

Z DNIA:

IMIĘ I NAZWISKO:

**KRYTERIA OCENY WNIOSKU**

LICZBA PUNKTÓW  
MOŻLIWYCH DO  
UZYSKANIA

UZYSKANA  
LICZBA  
PUNKTÓW

**1. Stopień niepełnosprawności** (punktacji podlega kryterium tylko z najwyższą liczbą punktów)

a)	osoby posiadające orzeczenie o <b>znacznym</b> stopniu niepełnosprawności oraz zaliczone do osób niepełnosprawnych do 16 roku życia lub <b>orzeczenie równoważne</b> w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych	10	
b)	osoby posiadające orzeczenie o <b>umiarkowanym</b> stopniu niepełnosprawności lub <b>orzeczenie równoważne</b> w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. j.w.	5	
c)	osoby posiadające orzeczenie o <b>lekkim</b> stopniu niepełnosprawności lub <b>orzeczenie równoważne</b> w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. j.w.	0	

**2. Zakres niepełnosprawności**(punktacji podlega kryterium tylko z najwyższą liczbą punktów)

a)	osoby z dysfunkcją narządu ruchu poruszające się na wózku inwalidzkim, przy pomocy sprzętu ortopedycznego	10	
b)	osoby z inną dysfunkcją narządu ruchu , osoby leżące	5	
c)	Osoby z pozostałymi dysfunkcjami	0	

**3. Sytuacja dochodowa osoby/osoby w rodzinie – dochód netto na osobę:**

a)	Do 1 500,00 zł.	10	
b)	Od 1 501,00 zł. do 1 900,00 zł.	5	
c)	Powyżej 1 901,00 zł.	0	

**4. Sytuacja na rynku pracy**

a)	Osoba aktywna zawodowo	10	
b)	Dzieci do 18 roku życia oraz osoby w wieku od 18 do 24 roku życia uczące się/ studiujące	5	
c)	Pozostałe osoby	0	

**RAZEM LICZBA PUNKTÓW – OCENA WNIOSKU:**

Max. 40

Minimalny próg umożliwiający przyznanie dofinansowania : 25 pkt.

.....  
podpis pracownika  
dokonującego oceny merytorycznej

.....  
Akceptacja Dyrektora

## NOTATKA Z WIZJI LOKALNEJ

sporządzona po zakwalifikowaniu wniosku do dofinansowania

pracownika ds. nadzoru-kontroli technicznej nad zadaniami związanymi z likwidacją  
barier architektonicznych:

1. Rzetelność sporządzonego kosztorysu i konieczność prac, w szczególności czy wszystkie przewidziane wydatki są niezbędne dla osiągnięcia zakładanych rezultatów, czy zakładane koszty są racjonalne i nie zostały nienaturalnie zawyżone w porównaniu ze stawkami ryczałtowymi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Akceptuję kosztorys na kwotę .....

dnia.....

podpis.....

Data wpływu:

Nr sprawy:

### WNIOSEK

## o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się w związku z indywidualnymi potrzebami osoby niepełnosprawnej

### 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
<b>Wnioskodawca składa wniosek:</b> <input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako przedstawiciel ustawy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczonego notarialnie	
Postanowienie Sądu:	
Imię i nazwisko notariusza:	
Repetitorium nr:	
Zakres pełnomocnictwa:	<input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie <input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania <input type="checkbox"/> do zawarcia umowy <input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku <input type="checkbox"/> do złożenia wniosku <input type="checkbox"/> inne



ADRES ZAMIESZKANIA	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
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
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
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 I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
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>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"/> upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> choroby psychiczne <input type="checkbox"/> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osoba głucha</li> <li><input type="checkbox"/> osoba głuchoniema</li> </ul> <input type="checkbox"/> narząd wzroku <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osoba niewidoma</li> <li><input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma</li> </ul> <input type="checkbox"/> narząd ruchu <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego</li> <li><input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych</li> </ul> <input type="checkbox"/> epilepsja <input type="checkbox"/> choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> całościowe zaburzenia rozwojowe

**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:**

- tak  
 nie

**Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):**

- 2 przyczyny  
 3 przyczyny

### ŚREDNI DOCHÓD

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

- indywidualne  
 wspólne

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy** (przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku) :

.....

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

.....

### KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

**Na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych/sprzęt rehabilitacyjny/AS lub inne ze środków finansowych PFRON:**

- nie korzystałem  
 korzystałem

### CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANÝCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

**Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU**

<b>PRZEDMIOT WNIOSKU</b>	
<b>Nazwa pola</b>	<b>Do uzupełnienia</b>
<b>Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:</b>	
<b>Cel dofinansowania:</b>	
<b>Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):</b>	
<b>Słownie:</b>	
<b>Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON – nie więcej niż 95%:</b>	
<b>Słownie:</b>	
<b>co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:</b>	
<b>Deklarowane środki własne:</b>	
<b>Inne źródła finansowania:</b>	

<b>WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER</b>	
<b>Nazwa pola</b>	<b>Do uzupełnienia</b>
<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:	

- 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?.....

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

## 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 lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

**Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu 3 lat przez złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.**

**Uprowadzony/uprowadzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2022r. poz. 1138, 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.**

Wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie w/w danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu i PFRON dla potrzeb związanych z realizacją zadań Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu na rzecz osób niepełnosprawnych finansowanych ze środków PFRON, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE oraz zapoznałem się z klauzulą informacyjną RODO obowiązującą w PCPR Milicz dostępną na stronie internetowej: [www.pcprmilicz.pl](http://www.pcprmilicz.pl)

<i>Miejscowość</i>	<i>Data</i>	<i>Podpis Wnioskodawcy</i>

### DO WNIOSKU NALEŻY ZAŁĄCZYĆ:

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, a w przypadku osoby o której mowa 62 ust. 3 tej ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998r. (oryginał do wglądu) – wnioskodawcy.
2. kopię pełnomocnictwa lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu) w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego,
3. oświadczenie Wnioskodawcy – według załącznika nr 1
4. zaświadczenie od lekarza specjalisty (zgodnie z niepełnosprawnością) potwierdzające rodzaj niepełnosprawności oraz zakres dysfunkcji wnioskodawcy – według załącznika nr 2.
5. uzasadnienie wniosku - według załącznika nr 3
6. fakturę pro forma (ofertę cenową) na zakup urządzeń.

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

.....  
miejsowość i data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Wydane dla potrzeb PCPR w Milicz – likwidacja barier w komunikowaniu się

(NALEŻY WYPEŁNIĆ CZYTELNICIE W JĘZYKU POLSKIM  
- ważne 3 miesiące od daty wypisania )

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres Zamieszkania .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej .....

.....  
.....

2. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzenia, możliwość poprawy).....

.....  
.....

3. Osoba niepełnosprawna:

- porusza się na wózku inwalidzkim,
- jest osobą leżącą,
- z inną dysfunkcją narządu ruchu ( podać jaką.....)
- z dysfunkcją narządu słuchu lub mowy
- z dysfunkcją narządu wzroku,
- z deficytem rozwojowym

4. Występujące trudności w komunikowaniu się i konieczność posiadania wnioskowanego sprzętu\*

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

.....  
pieczętka i podpis lekarza specjalisty



Imię i nazwisko wnioskodawcy.....

Imię i nazwisko podopiecznego (o ile dotyczy).....

**CEL DOFINANSOWANIA:**

**Należy min. opisać:**

- co stanowi dla Wnioskodawcy faktyczną barierę w komunikowaniu się:

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

- jak zakup wnioskowanego przedmiotu dofinansowania przyczyni się do zlikwidowania bariery w komunikowaniu się:

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

- do jakich celów Wnioskodawca będzie używał wnioskowanego przedmiotu dofinansowania aby umożliwić lub w znacznym stopniu ułatwić wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem (porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji) – **podać konkretne przykłady.**

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

- inne:

.....  
.....

Data.....

.....  
Podpis wnioskodawcy

**KARTA OCENY FORMALNEJ WNIOSKU O DOFINANSOWANIE  
LIKWIDACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU**

NR WNIOSKU: ON.531 – K /...../2023

IMIĘ I NAZWISKO: .....

L.p.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe)	UWAGI
1.	Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania zgodnie z rozporządzeniem MPiPS w sprawie określania rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON	<input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE	
2.	Wniosek jest kompletny, zawiera wymagane załączniki, wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach	<input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE	
3.	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy	<input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE	
4.	Adekwatność wnioskowanego sprzętu w kontekście wpływu jego zakupu na ułatwienie osobie niepełnosprawnej wykonywania podstawowych, codziennych czynności	<input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE	
Data weryfikacji formalnej wniosku :		.....2023r.	
Weryfikacja formalna wniosku :			
<input type="checkbox"/> Pozytywna <input type="checkbox"/> Negatywna			
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	

.....  
podpis pracownika  
dokonującego oceny formalnej

.....  
Akceptacja Dyrektora

## KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU DOTYCZĄCA LIKWIDACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU

NR WNIOSKU: ON.531 – K/...../2023

Z DNIA:

IMIĘ I NAZWISKO:

### KRYTERIA OCENY WNIOSKU

LICZBA PUNKTÓW  
MOŻLIWYCH DO  
UZYSKANIA

UZYSKANA  
LICZBA  
PUNKTÓW

#### 1. Stopień niepełnosprawności (punktacji podlega kryterium tylko z najwyższą liczbą punktów)

a)	osoby posiadające orzeczenie o <b>znacznym</b> stopniu niepełnosprawności oraz zaliczone do osób niepełnosprawnych do 16 roku życia lub <b>orzeczenie równoważne</b> w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych	10	
b)	osoby posiadające orzeczenie o <b>umiarkowanym</b> stopniu niepełnosprawności lub <b>orzeczenie równoważne</b> w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. j.w.	5	
c)	osoby posiadające orzeczenie o <b>lekkim</b> stopniu niepełnosprawności lub <b>orzeczenie równoważne</b> w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. j.w.	0	

#### 2. Zakres niepełnosprawności (punktacji podlega kryterium tylko z najwyższą liczbą punktów)

a)	osoby z dysfunkcją narządu ruchu poruszające się na wózku inwalidzkim lub leżące	10	
b)	osoby z inną dysfunkcją narządu ruchu /słuchu lub mowy/wzroku/deficyt rozwojowy	5	
c)	Osoby z pozostałymi dysfunkcjami	0	

#### 3. Sytuacja dochodowa osoby/osoby w rodzinie – dochód netto na osobę:

a)	Do 1 500,00 zł.	10	
b)	Od 1 501,00 zł. do 1 900,00 zł.	5	
c)	Powyżej 1 901,00 zł.	0	

#### 4. Sytuacja na rynku pracy

a)	Osoba aktywna zawodowo	10	
b)	Dzieci do 18 roku życia oraz osoby w wieku od 18 do 24 roku życia uczące się/ studiujące	5	
c)	Pozostałe osoby	0	

**RAZEM LICZBA PUNKTÓW – OCENA WNIOSKU:**

Max. 40

Minimalny próg umożliwiający przyznanie dofinansowania : 15 pkt.

.....  
podpis pracownika  
dokonującego oceny merytorycznej

.....  
Akceptacja Dyrektora

Data wpływu:

Nr sprawy:

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

**Część A – DANE WNIOSKODAWCY**

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Imię:</b>	
<b>Drugie imię:</b>	
<b>Nazwisko:</b>	
<b>PESEL:</b>	
<b>Data urodzenia:</b>	
<b>Płeć</b>	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta
<b>Wnioskodawca składa wniosek:</b> <input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczanego notarialnie <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczanego notarialnie	
<b>Postanowienie Sądu:</b>	
<b>Imię i nazwisko notariusza:</b>	
<b>Repetitorium nr:</b>	
<b>Zakres pełnomocnictwa:</b>	<input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie <input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania <input type="checkbox"/> do zawarcia umowy <input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku <input type="checkbox"/> do złożenia wniosku <input type="checkbox"/> inne

**ADRES ZAMIESZKANIA**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
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
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
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 I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
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
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<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>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"/> upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> choroby psychiczne <input type="checkbox"/> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osoba głucha</li> <li><input type="checkbox"/> osoba głuchoniema</li> </ul> <input type="checkbox"/> narząd wzroku <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osoba niewidoma</li> <li><input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma</li> </ul> <input type="checkbox"/> narząd ruchu <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego</li> <li><input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych</li> </ul> <input type="checkbox"/> epilepsja <input type="checkbox"/> choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> 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** (przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku) :

.....

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

.....

**KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON**

**Na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych/sprzęt rehabilitacyjny/AS lub inne 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>Cel dofinansowania:</b>	
<b>Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):</b>	
<b>Słownie:</b>	



<b>Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON -nie więcej niż 95%:</b>	
Słownie:	
<b>co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:</b>	
<b>Deklarowane środki własne:</b>	
<b>Inne źródła finansowania:</b>	

<b>WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER</b>	
<b>Nazwa pola</b>	<b>Do uzupełnienia</b>
<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:

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

- 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?.....

<i>Miejscowość</i>	<i>Data</i>	<i>Podpis Wnioskodawcy</i>

**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 lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

**Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu 3 lat przez złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.**

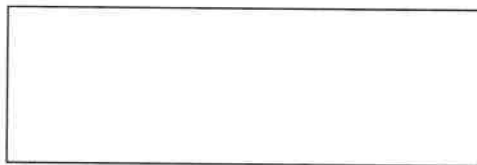
**Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2022r. poz. 1138, z późn. zm.) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.**

Wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie w/w danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu i PFRON dla potrzeb związanych z realizacją zadań Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu na rzecz osób niepełnosprawnych finansowanych ze środków PFRON, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE oraz zapoznałem się z klauzulą informacyjną RODO obowiązującą w PCPR Milicz dostępną na stronie internetowej: [www.pcpmilicz.pl](http://www.pcpmilicz.pl)

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

**DO WNIOSKU NALEŻY ZAŁĄCZYĆ:**

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, a w przypadku osoby o której mowa 62 ust. 3 tej ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998r. (oryginał do wglądu) – wnioskodawcy.
2. kopię pełnomocnictwa lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu) w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego,
3. oświadczenie Wnioskodawcy – według załącznika nr 1
4. zaświadczenie od lekarza specjalisty (zgodnie z niepełnosprawnością) potwierdzające rodzaj niepełnosprawności oraz zakres dysfunkcji wnioskodawcy – według załącznika nr 2.
5. uzasadnienie wniosku - według załącznika nr 3
6. fakturę pro forma (ofertę cenową) na zakup urządzeń.



Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

.....  
miejsowość i data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
Wydane dla potrzeb PCPR w Milicz – likwidacja barier technicznych

(NALEŻY WYPEŁNIĆ CZYTELNIEM W JĘZYKU POLSKIM  
- ważne 3 miesiące od daty wypisania)

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres Zamieszkania .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej .....

2. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzenia, możliwość poprawy).....

3. Osoba niepełnosprawna:

- porusza się na wózku inwalidzkim,
- jest osobą leżącą,
- z inną dysfunkcją narządu ruchu ( podać jaką.....)
- z dysfunkcją narządu słuchu lub mowy
- z dysfunkcją narządu wzroku,
- z deficytem rozwojowym

4. Występujące trudności wynikające z niepełnosprawności i konieczność posiadania wnioskowanego sprzętu

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

.....  
*pieczętka i podpis lekarza specjalisty*

Imię i nazwisko wnioskodawcy.....

Imię i nazwisko podopiecznego (o ile dotyczy).....

**CEL DOFINANSOWANIA:**

**Należy m.in. opisać:**

- co stanowi dla Wnioskodawcy faktyczną barierę techniczną:

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

- jak zakup wnioskowanego przedmiotu dofinansowania przyczyni się do zlikwidowania bariery technicznej:

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

- do jakich celów Wnioskodawca będzie używał wnioskowanego przedmiotu dofinansowania aby usprawnić swoje działanie w społeczeństwie i umożliwić wydajniejsze funkcjonowanie – podać konkretne przykłady.

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

- inne:

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

Data.....

.....

**KARTA OCENY FORMALNEJ WNIOSKU O DOFINANSOWANIE  
LIKWIDACJI BARIER TECHNICZNYCH**

NR WNIOSKU: ON.531 – T /...../2023

IMIĘ I NAZWISKO: .....

L.p.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe)	UWAGI
1.	Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania zgodnie z rozporządzeniem MPiPS w sprawie określania rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON	<input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE	
2.	Wniosek jest kompletny, zawiera wymagane załączniki, wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach	<input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE	
3.	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy	<input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE	
4.	Adekwatność wnioskowanego sprzętu w kontekście wpływu jego zakupu na ułatwienie osobie niepełnosprawnej wykonywania podstawowych, codziennych czynności	<input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE	
Data weryfikacji formalnej wniosku :			.....2023r.
Weryfikacja formalna wniosku :			
<input type="checkbox"/> Pozytywna <input type="checkbox"/> Negatywna			
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	

.....  
podpis pracownika  
dokonującego oceny formalnej

.....  
Akceptacja Dyrektora

**KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU DOTYCZĄCA LIKWIDACJI BARIER TECHNICZNYCH**

NR WNIOSKU: ON.531 – T /...../2023

Z DNIA:

IMIĘ I NAZWISKO:

**KRYTERIA OCENY WNIOSKU**LICZBA PUNKTÓW  
MOŻLIWYCH DO  
UZYSKANIAUZYSKANA  
LICZBA  
PUNKTÓW**1. Stopień niepełnosprawności** (punktacji podlega kryterium tylko z najwyższą liczbą punktów)

a)	osoby posiadające orzeczenie o <b>znacznym</b> stopniu niepełnosprawności oraz zaliczone do osób niepełnosprawnych do 16 roku życia lub <b>orzeczenie równoważne</b> w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych	10	
b)	osoby posiadające orzeczenie o <b>umiarkowanym</b> stopniu niepełnosprawności lub <b>orzeczenie równoważne</b> w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. j.w.	5	
c)	osoby posiadające orzeczenie o <b>lekkim</b> stopniu niepełnosprawności lub <b>orzeczenie równoważne</b> w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. j.w.	0	

**2. Zakres niepełnosprawności**(punktacji podlega kryterium tylko z najwyższą liczbą punktów)

a)	osoby z dysfunkcją narządu ruchu poruszające się na wózku inwalidzkim lub leżące	10	
b)	osoby z inną dysfunkcją narządu ruchu /słuchu lub mowy/wzroku/deficyt rozwojowy	5	
c)	Osoby z pozostałymi dysfunkcjami	0	

**3. Sytuacja dochodowa osoby/osoby w rodzinie – dochód netto na osobę:**

a)	Do 1 500,00 zł.	10	
b)	Od 1 501,00 zł. do 1 900,00 zł.	5	
c)	Powyżej 1 901,00 zł.	0	

**4. Sytuacja na rynku pracy**

a)	Osoba aktywna zawodowo	10	
b)	Dzieci do 18 roku życia oraz osoby w wieku od 18 do 24 roku życia uczące się/ studiujące	5	
c)	Pozostałe osoby	0	

**RAZEM LICZBA PUNKTÓW – OCENA WNIOSKU:**

Max. 40

Minimalny próg umożliwiający przyznanie dofinansowania : 15 pkt.

.....  
podpis pracownika  
dokonującego oceny merytorycznej.....  
Akceptacja Dyrektora

Data wpływu:

Nr sprawy:

## WNIOSEK

### o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

#### Część A – DANE WNIOSKODAWCY

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Imię:</b>	
<b>Drugie imię:</b>	
<b>Nazwisko:</b>	
<b>PESEL:</b>	
<b>Data urodzenia:</b>	
<b>Płeć</b>	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta
<b>Wnioskodawca składa wniosek:</b> <input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczzonego notarialnie <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczzonego notarialnie	
<b>Postanowienie Sądu:</b>	
<b>Imię i nazwisko notariusza:</b>	
<b>Repetitorium nr:</b>	
<b>Zakres pełnomocnictwa:</b>	<input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie <input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania <input type="checkbox"/> do zawarcia umowy <input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku <input type="checkbox"/> do złożenia wniosku <input type="checkbox"/> inne



**ADRES ZAMIESZKANIA**

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

<b>DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY</b>	
<b>Nazwa pola</b>	<b>Do uzupełnienia</b>
<b>Imię:</b>	
<b>Drugie imię:</b>	
<b>Nazwisko:</b>	
<b>PESEL:</b>	
<b>Data urodzenia:</b>	
<b>Płeć:</b>	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta
<b>ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO</b>	
<b>Nazwa pola</b>	<b>Do uzupełnienia</b>
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Gmina:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	
<b>Nr telefonu:</b>	
<b>Adres e-mail:</b>	
<b>Rodzaj miejscowości:</b>	<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>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"/> upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> choroby psychiczne <input type="checkbox"/> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osoba głucha</li> <li><input type="checkbox"/> osoba głuchoniema</li> </ul> <input type="checkbox"/> narząd wzroku <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osoba niewidoma</li> <li><input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma</li> </ul> <input type="checkbox"/> narząd ruchu <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego</li> <li><input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych</li> </ul> <input type="checkbox"/> epilepsja <input type="checkbox"/> choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> całościowe zaburzenia rozwojowe

<p><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></p>	<p><input type="checkbox"/> tak</p> <p><input type="checkbox"/> nie</p>
<p><b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b></p>	<p><input type="checkbox"/> 2 przyczyny</p> <p><input type="checkbox"/> 3 przyczyny</p>

### ŚREDNI DOCHÓD

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

- indywidualne
- wspólne

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy** (przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku) :

.....

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

.....

### KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

**Na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych/sprzęt rehabilitacyjny/AS lub inne 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

I. PRZEDMIOT WNIOSKU	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:</b>	
<b>Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):</b>	
<b>Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON – maksymalnie 80%:</b>	
<b>co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:</b>	
<b>Miejsce realizacji:</b>	
<b>Cel dofinansowania/uzasadnienie :</b>	

PODSUMOWANIE (WSZYSTKIE PRZEDMIOTY)	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Przewidywany koszt:</b>	
<b>Kwota wnioskowana:</b>	
<b>Deklarowane środki własne:</b>	

FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH	
<input type="checkbox"/> Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Właściciel konta (imię i nazwisko):</b>	
<b>Nazwa banku:</b>	
<b>Nr rachunku bankowego:</b>	

- Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

**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?.....

<i>Miejscowość</i>	<i>Data</i>	<i>Podpis Wnioskodawcy</i>

### 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 lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

**Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu 3 lat przez złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.**

**Uprowadzony/uprowadzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2022r. poz. 1138, 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.**

Wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie w/w danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu i PFRON dla potrzeb związanych z realizacją zadań Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu na rzecz osób niepełnosprawnych finansowanych ze środków PFRON, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE oraz zapoznałem się z klauzulą informacyjną RODO obowiązującą w PCPR Milicz dostępną na stronie internetowej: [www.pcpmilicz.pl](http://www.pcpmilicz.pl)

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

#### DO WNIOSKU NALEŻY ZAŁĄCZYĆ:

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, a w przypadku osoby o której mowa 62 ust. 3 tej ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998r. (oryginał do wglądu),
2. kopię pełnomocnictwa lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu) w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego,
3. fakturę pro forma (ofertę cenową) na zakup urządzeń wystawioną przez dostawcę sprzętu/urządzenia,
4. oświadczenie Wnioskodawcy – według załącznika nr 1
5. zaświadczenie od lekarza specjalisty zawierające opis przyczyny niepełnosprawności i szczegółowe uzasadnienie, że osoba ma trudności w poruszaniu się – według załącznika nr 2 (zaświadczenie ważne 3 miesiące od daty wystawienia).
6. uzasadnienie wniosku wskazujące m.in. potrzeby dotyczące rehabilitacji w warunkach domowych, wynikające z niepełnosprawności - według załącznika nr 3

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

(miejscowość)

.....  
**Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej**

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)**

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

1. Rodzaj schorzenia Pacjenta

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

2. Zalecany sprzęt rehabilitacyjny

.....  
.....

3. Uzasadnienie celowości zakupu w/w sprzętu rehabilitacyjnego oraz jego wpływ na poprawę sprawności organizmu osoby niepełnosprawnej (przewidywane efekty)

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

4. Uzasadnienie potrzeby prowadzenia rehabilitacji **w warunkach domowych** przy użyciu w/w sprzętu przy aktywnym udziale osoby niepełnosprawnej

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

.....  
**Pieczętka i podpis lekarza  
specjalisty**



Imię i nazwisko wnioskodawcy.....

Imię i nazwisko podopiecznego (o ile dotyczy).....

**CEL DOFINANSOWANIA:**

**Należy min. opisać:**

- Potrzeby dotyczące rehabilitacji w warunkach domowych, wynikające z niepełnosprawności:

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

- Wskazanie czynności, których wykonanie jest utrudnione lub niemożliwe bez rehabilitacji w warunkach domowych:

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

- oczekiwane efekty rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu sprzętu rehabilitacyjnego, którego dotyczy wniosek – **podać konkretne przykłady.**

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

- inne:

.....  
.....

Data.....

.....  
Podpis wnioskodawcy

**KARTA OCENY FORMALNEJ WNIOSKU O DOFINANSOWANIE  
SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO DLA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

NR WNIOSKU: ON.532/...../2023

IMIĘ I NAZWISKO: .....

L.p.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe)	UWAGI
1.	Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania zgodnie z rozporządzeniem MPiPS w sprawie określania rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON	<input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE	
2.	Wniosek jest kompletny, zawiera wymagane załączniki, wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach	<input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE	
3.	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy	<input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE	
4.	Adekwatność wnioskowanego sprzętu w kontekście prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu sprzętu rehabilitacyjnego przy aktywnym udziale osoby niepełnosprawnej.	<input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE	
Data weryfikacji formalnej wniosku : .....2023r.			
Weryfikacja formalna wniosku : <input type="checkbox"/> Pozytywna <input type="checkbox"/> Negatywna			
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	

.....  
 podpis pracownika  
 dokonującego oceny formalnej

.....  
 Akceptacja Dyrektora

## KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU DOTYCZĄCA SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO DLA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

NR WNIOSKU: ON.532 / ...../2023

Z DNIA:

IMIĘ I NAZWISKO:

### KRYTERIA OCENY WNIOSKU

LICZBA PUNKTÓW  
MOŻLIWYCH DO  
UZYSKANIA

UZYSKANA  
LICZBA  
PUNKTÓW

#### 1. Stopień niepełnosprawności (punktacji podlega kryterium tylko z najwyższą liczbą punktów)

a)	osoby posiadające orzeczenie o <b>znacznym</b> stopniu niepełnosprawności oraz zaliczone do osób niepełnosprawnych do 16 roku życia lub <b>orzeczenie równoważne</b> w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych	10	
b)	osoby posiadające orzeczenie o <b>umiarkowanym</b> stopniu niepełnosprawności lub <b>orzeczenie równoważne</b> w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. j.w.	5	
c)	osoby posiadające orzeczenie o <b>lekkim</b> stopniu niepełnosprawności lub <b>orzeczenie równoważne</b> w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. j.w.	0	

#### 2. Zakres niepełnosprawności (punktacji podlega kryterium tylko z najwyższą liczbą punktów)

a)	osoby z dysfunkcją narządu ruchu poruszające się na wózku inwalidzkim lub leżące	10	
b)	osoby z inną dysfunkcją narządu ruchu /słuchu lub mowy/wzroku/deficyt rozwojowy	5	
c)	Osoby z pozostałymi dysfunkcjami	0	

#### 3. Sytuacja dochodowa osoby/osoby w rodzinie – dochód netto na osobę:

a)	Do 1 500,00 zł.	10	
b)	Od 1 501,00 zł. do 1 900,00 zł.	5	
c)	Powyżej 1 901,00 zł.	0	

#### 4. Sytuacja na rynku pracy

a)	Osoba aktywna zawodowo	10	
b)	Dzieci do 18 roku życia oraz osoby w wieku od 18 do 24 roku życia uczące się/ studiujące	5	
c)	Pozostałe osoby	0	

#### 5. Korzystanie ze środków PFRON w latach ubiegłych

a)	Osoba nie korzystająca	10	
b)	Osoba korzystająca	0	

**RAZEM LICZBA PUNKTÓW – OCENA WNIOSKU:**

Max. 50

Minimalny prób umożliwiający przyznanie dofinansowania : 20 pkt.

.....  
podpis pracownika  
dokonującego oceny merytorycznej

.....  
Akceptacja Dyrektora

Data wpływu:

Nr sprawy:

**WNIOSEK**  
**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji**  
**Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny**

**Część A – DANE WNIOSKODAWCY**

<b>I. DANE WNIOSKODAWCY</b>	
<b>Nazwa pola</b>	<b>Do uzupełnienia</b>
<b>Pełna nazwa Wnioskodawcy:</b>	
<b>Nr telefonu:</b>	
<b>Adres e-mail:</b>	
<b>Strona internetowa:</b>	

<b>II. ADRES SIEDZIBY</b>	
<b>Nazwa pola</b>	<b>Do uzupełnienia</b>
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Gmina:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	

Taki sam jak adres siedziby

### III. ADRES DO KORESPONDENCJI

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

### IV. OSOBA SKŁADAJĄCA WNIOSEK

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Nazwisko:	
Pesel:	
Nr telefonu:	
Adres email:	

### OSOBY UPRAWNIONE DO REPREZENTOWANIA WNIOSKODAWCY

Nazwiska i imiona osób, wraz z podaniem funkcji jaką pełnią w organizacji, które zgodnie z postanowieniami statutu lub innego aktu wewnętrznego są upoważnione do zaciągania zobowiązań finansowych w imieniu Wnioskodawcy.

Imię i nazwisko	Funkcja

**Część B – INFORMACJE DODATKOWE**

<b>I. INFORMACJE DODATKOWE</b>	
<b>Nazwa pola</b>	<b>Do uzupełnienia</b>
Status prawny:	
Nr rejestru sądowego (KRS):	
Data wpisu do rejestru sądowego:	
Organ założycielski:	
REGON:	
NIP:	
Podstawa działania:	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

<b>II. INFORMACJE O DZIAŁALNOŚCI WNIOSKODAWCY</b>	
<b>Nazwa pola</b>	<b>Do uzupełnienia</b>
Czy wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalność związaną z rehabilitacją osób niepełnosprawnych?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:	
Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT, lecz nie jest uprawniony do obniżenia kwoty podatku należnego o podatek naliczony:	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak

<b>Podstawa prawna:</b>	
<b>Czy wnioskodawca otrzymał pomoc de minimis w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe?:</b>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
<b>Czy wnioskodawca otrzymał pomoc inną niż de minimis (w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc de minimis)?:</b>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
<b>Czy wnioskodawca posiada status zakładu pracy chronionej?:</b>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
<b>Czy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą?:</b>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak

### III. INFORMACJE O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI NA RZECZ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Od kiedy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych?</b>	
<b>Liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych:</b>	
<b>Kwalifikacje zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych:</b>	

### IV. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON?

Rehabilitacja społeczna – Sprzęt rehabilitacyjny dla instytucji – 2022 (wniosek na rok 2023)

- Nie
- Tak

### V. CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia	Kwota rozliczona

## Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

### I. PRZEDMIOT WNIOSKU

Przedmiot wniosku:

.....

.....

.....

### II. SZCZEGÓŁOWY PRELIMINARZ SPRZĘTU

Lp.	Nazwa	Ilość sztuk	Cena jednostkowa	Wartość ogółem	Do weryfikacji (wypełnia PCPR)

### III. MIEJSCE REALIZACJI

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Określenie planowanych lokalizacji, w których będzie znajdował się sprzęt będący przedmiotem wniosku:	



#### IV. OPIS PRZEDSIĘWZIĘCIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Termin od:	
Termin do:	
Cel dofinansowania:	
Liczba uczestników ogółem:	
- w tym osoby niepełnosprawne do 18 lat:	
- w tym osoby niepełnosprawne powyżej 18 lat:	
Przewidywane efekty:	

#### V. KOSZTY PRZEDSIĘWZIĘCIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przewidywany łączny koszt realizacji zadania:	
Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:	
Własne środki przeznaczone na realizację zadania:	
Inne publiczne źródła finansowania ogółem - z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON:	
Inne niepubliczne źródła finansowania ogółem - z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON:	

Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek:

.....Zł

*Data, pieczęć i podpis osób uprawnionych do reprezentowania wnioskodawcy*

**UWAGA**

**Załącznik nr 1 do wniosku**

Administratorem danych osobowych ujawnionych w formularzu jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu, ul. Trzebnicka 4B, 56-300 Milicz. Dane są przetwarzane w celu realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Dane nie będą udostępnione innym odbiorcom, za wyjątkiem przypadków, kiedy obowiązek udostępniania wynika z przepisów prawa. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich poprawiania. Podanie danych jest obowiązkowe. Obowiązek podania danych wynika z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

**Oświadczam, że:**

1. Podane informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym oraz oświadczam, że znana jest mi treść art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2022r. poz. 1138, z późn. zm.) o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub za tajnienie prawdy. Przyjmuję do wiadomości, że podanie nieprawdziwych informacji eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
2. Oświadczam, że zatrudniam fachową kadrę do obsługi zadania.
3. Reprezentowany przeze mnie podmiot zobowiązuje się do uzyskania środków finansowych w wysokości wystarczającej na pokrycie pozostałych kosztów zadania (poza kosztami przewidzianymi do dofinansowania ze środków PFRON), w tym wkładu własnego, zaangażowanego do realizacji zadania,
4. Na dzień sporządzenia wniosku reprezentowany przeze mnie podmiot  posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON /  nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON.
5. Oświadczam, że  zatrudniam fachową kadrę do obsługi imprezy /  zobowiązuje się do zatrudnienia fachowej kadry do obsługi imprezy.
6. Oświadczam, że  posiadam /  zabezpieczę odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji zadania.
7. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przeprowadzenie wizji lokalnej/kontroli w miejscu realizacji zadania oraz na rejestrację i utrwalanie przebiegu wizji/kontroli (m.in. sporządzanie fotografii lub filmów).
8. Oświadczam, że sprzęt rehabilitacyjny, którego dotyczy wniosek nie został jeszcze zakupiony.
9. Oświadczam, że podmiot który reprezentuję nie jest w stanie likwidacji ani upadłości.
10. Oświadczam, że podmiot który reprezentuję nie zalega z opłatami z tytułu zobowiązań podatkowych
11. Oświadczam, że podmiot który reprezentuję nie zalega z płatnościami składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne.
12. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz nie byłem/em w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
13. Oświadczam, że zapoznałem się z deklaracją RODO dostępną pod adresem: [www.pccrnilicz.pl](http://www.pccrnilicz.pl).

*Data, pieczęć i podpis osób uprawnionych do reprezentowania wnioskodawcy*

**Do wniosku należy załączyć:**

1. Aktualny wypis z rejestru sądowego lub wypis z ewidencji działalności gospodarczej /ważny 3 miesiące/,
2. Statut,
3. Dotyczy podmiotów prowadzących działalność gospodarczą, rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (tj. Dz. U. z 2015 r. poz. 584 z późn. zm.):
  - a) zaświadczenie o pomocy de minimis otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o nieskorzystaniu z pomocy de minimis w tym okresie,
  - b) informacje o każdej pomocy innej niż de minimis, jaką otrzymał w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc de minimis,
4. Dotyczy zakładów pracy chronionej:
  - a) potwierdzona kopia decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej,
  - b) informacja o kwocie naliczenia oraz sposobie wykorzystania zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku.
4. Dokument potwierdzający posiadanie środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia.

**KARTA OCENY FORMALNEJ WNIOSKU O DOFINANSOWANIE  
ZAOPATRZENIA W SPRZĘT REHABILITACYJNY DLA OSÓB FIZYCZNYCH PROWADZĄCYCH  
DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ, OSÓB PRAWNYCH I JEDNOSTEK ORGANIZACYJNYCH  
NIEPOSIADAJĄCYCH OSOBOWOŚCI PRAWNEJ**

NR WNIOSKU: ON...../...../2023

NAZWA: .....

L.p.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione ( zaznaczyć właściwe)	UWAGI
1.	Wniosek został złożony w terminie	<input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE	
2.	Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania zgodnie z rozporządzeniem MPiPS w sprawie określania rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON	<input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE	
3.	Wniosek jest kompletny, zawiera wymagane załączniki, wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach	<input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE	
4.	Wniosek został podpisany przez osobę uprawnioną do reprezentowania wnioskodawcy	<input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE	
Data weryfikacji formalnej wniosku : .....2023r.			
Weryfikacja formalna wniosku : <input type="checkbox"/> Pozytywna <input type="checkbox"/> Negatywna			
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	

.....  
 podpis pracownika  
 dokonującego oceny formalnej

.....  
 Akceptacja Dyrektora

**KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU DOTYCZĄCA SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO DLA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

**NR WNIOSKU: ON.532 /...../2023**

**Z DNIA:**

**IMIĘ I NAZWISKO:**

**KRYTERIA OCENY WNIOSKU**

**LICZBA PUNKTÓW  
MOŻLIWYCH DO  
UZYSKANIA**

**UZYSKANA  
LICZBA  
PUNKTÓW**

**1. Liczba osób niepełnosprawnych objętych planowanym działaniem.**

(najwyższe punktacje otrzymują wnioski oferujące korzystanie ze sprzętu przez jak największą liczbę ON)

a)	Liczba osób objętych planowanym wsparciem – powyżej 100	15	
b)	Liczba osób objętych planowanym wsparciem – od 50 do 100	5	
c)	Liczba osób objętych planowanym wsparciem – do 49	2	

**2. Czas prowadzenia działalności na rzecz osób niepełnosprawnych**

a)	od 6 lat wzwyż	15	
b)	od 4 do 5 lat	5	
c)	Od 2 do 3 lat	2	

**3. Personel**

(najwyższą punktację otrzymują wnioskodawcy zapewniający profesjonalny i doświadczony zespół do pracy na rzecz ON)

a)	personel posiadający wykształcenie wyższe na kierunku rehabilitacja, praca socjalna, pedagogika, socjologia lub nauki o rodzinie (co najmniej 2 osoby)	10	
b)	personel posiadający wykształcenie wyższe na kierunku rehabilitacja, praca socjalna, pedagogika, socjologia lub nauki o rodzinie (co najmniej 1 osoba)	5	
c)	inny personel niż wymieniony powyżej	2	

**RAZEM LICZBA PUNKTÓW – OCENA WNIOSKU:**

**Max. 40**

**Minimalny próg umożliwiający przyznanie dofinansowania : 25 pkt.**

.....  
podpis pracownika  
dokonującego oceny merytorycznej

.....  
Akceptacja Dyrektora

Data wpływu:  
Nr wniosku:

**WNIOSEK**  
**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji**  
**Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne**  
**i środki pomocnicze**

**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
<b>Wnioskodawca składa wniosek:</b> <input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako przedstawiciel ustawy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczonego notarialnie	
Postanowienie Sądu:	
Imię i nazwisko notariusza:	
Repetitorium nr:	
Zakres pełnomocnictwa:	<input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie <input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania <input type="checkbox"/> do zawarcia umowy <input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku <input type="checkbox"/> do złożenia wniosku <input type="checkbox"/> inne

**ADRES ZAMIESZKANIA**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
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
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
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 I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
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>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"/> upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> choroby psychiczne <input type="checkbox"/> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osoba głucha</li> <li><input type="checkbox"/> osoba głuchoniema</li> </ul> <input type="checkbox"/> narząd wzroku <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osoba niewidoma</li> <li><input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma</li> </ul> <input type="checkbox"/> narząd ruchu <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego</li> <li><input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych</li> </ul> <input type="checkbox"/> epilepsja <input type="checkbox"/> choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> 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

**Czy osoba niepełnosprawna przebywa w DPS:**

- Tak  
 Nie

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

- indywidualne  
 wspólne

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy** (przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku) :

.....

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

### Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

Przedmiot	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przedmiot wniosku:	
Numer zlecenia:	
Całkowity koszt zakupu:	
Dofinansowanie NFZ:	
Udział własny wnioskodawcy:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

**Przedmiot**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Przedmiot wniosku:</b>	
<b>Numer zlecenia:</b>	
<b>Całkowity koszt zakupu:</b>	
<b>Dofinansowanie NFZ:</b>	
<b>Udział własny wnioskodawcy:</b>	
<b>Wnioskowana kwota dofinansowania:</b>	

**RAZEM KWOTA WNIOSKOWANA**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Całkowity koszt zakupu</b>	
<b>Dofinansowanie NFZ</b>	
<b>Udział własny wnioskodawcy</b>	
<b>Wnioskowana kwota dofinansowania</b>	

**II. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH**

- Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Wartość
<b>Właściciel konta (imię i nazwisko):</b>	
<b>Nazwa banku:</b>	
<b>Nr rachunku bankowego:</b>	

- Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

## 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 lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

**Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu 3 lat przez złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.**

**Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2022r. poz. 1138, 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.**

Wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie w/w danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu i PFRON dla potrzeb związanych z realizacją zadań Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu na rzecz osób niepełnosprawnych finansowanych ze środków PFRON, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE oraz zapoznałem się z klauzulą informacyjną RODO obowiązującą w PCPR Milicz dostępną na stronie internetowej: [www.pccprmilicz.pl](http://www.pccprmilicz.pl)

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

### DO WNIOSKU NALEŻY ZAŁĄCZYĆ:

#### Do wniosku należy załączyć:

- Kopię orzeczenia lub kopię wpisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art.1, art. 5 pkt. 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, a w przypadku osoby o której mowa 62 ust. 3 tej ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanym przed dniem 1 stycznia 1998r. (oryginał do wglądu),
- Kopię pełnomocnictwa lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu) w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego,
- Fakturę określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup, wraz z potwierdzeniem za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie kopią zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, albo kopię zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wraz ofertą określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz terminem realizacji od momentu przyjęcia go do realizacji,
- Załącznik nr 1 do wniosku – oświadczenie.

**KARTA OCENY FORMALNEJ WNIOSKU O DOFINANSOWANIE ZAKUPU PRZEDMIOTÓW  
ORTOPEDYCZNYCH I/LUB ŚRODKÓW POMOCNICZYCH DLA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

NR WNIOSKU: ON.533/...../2023

IMIĘ I NAZWISKO: .....

L.p.	Warunki weryfikacji formalnej:	TAK	NIE	Adnotacje osoby sprawdzającej
1.	Czy wniosek został podpisany przez osobę uprawnioną			
2.	Czy zadeklarowany przeciętny miesięczny dochód, z ostatnich 3 miesięcy przekracza: - 50% przeciętnego wynagrodzenia na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym wnioskodawcy - 65% przeciętnego wynagrodzenia jeśli wnioskodawca jest osobą samotną			
3.	Czy do wniosku załączono wszystkie wymagane załączniki?			
Data weryfikacji formalnej wniosku :		.....2023r.		
Weryfikacja formalna wniosku :				
<input type="checkbox"/> Pozytywna				
<input type="checkbox"/> Negatywna				
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie			<input type="checkbox"/> Tak	
			<input type="checkbox"/> Nie	
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia			<input type="checkbox"/> Tak	
			<input type="checkbox"/> Nie	

.....  
podpis pracownika  
dokonującego oceny formalnej

.....  
Akceptacja Dyrektora

**KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU DOTYCZĄCA ZAKUPU PRZEDMIOTÓW  
ORTOPEDYCZNYCH I/LUB ŚRODKÓW POMOCNICZYCH DLA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

**NR WNIOSKU: ON.533/...../2023**

**Z DNIA:**

**IMIĘ I NAZWISKO:**

**KRYTERIA OCENY WNIOSKU**

**LICZBA PUNKTÓW  
MOŻLIWYCH DO  
UZYSKANIA**

**UZYSKANA  
LICZBA  
PUNKTÓW**

**1. Stopień niepełnosprawności** (punktacji podlega kryterium tylko z najwyższą liczbą punktów)

a)	osoby posiadające orzeczenie o <b>znacznym</b> stopniu niepełnosprawności oraz zaliczone do osób niepełnosprawnych do 16 roku życia lub <b>orzeczenie równoważne</b> w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych	10	
b)	osoby posiadające orzeczenie o <b>umiarkowanym</b> stopniu niepełnosprawności lub <b>orzeczenie równoważne</b> w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. j.w.	5	
c)	osoby posiadające orzeczenie o <b>lekkim</b> stopniu niepełnosprawności lub <b>orzeczenie równoważne</b> w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. j.w.	3	

**2. Zakres niepełnosprawności**(punktacji podlega kryterium tylko z najwyższą liczbą punktów)

a)	osoby z dysfunkcją narządu ruchu poruszające się na wózku inwalidzkim	10	
b)	osoby z inną dysfunkcją narządu ruchu	5	
c)	Osoby z pozostałymi dysfunkcjami	3	

**3. Sytuacja dochodowa osoby/osoby w rodzinie – dochód netto na osobę:**

a)	Do 1 500,00 zł.	10	
b)	Od 1 501,00 zł. do 1 900,00 zł.	5	
c)	Powyżej 1 901,00 zł.	3	

**RAZEM LICZBA PUNKTÓW – OCENA WNIOSKU:**

**Max.30**

**Minimalny próg umożliwiający przyznanie dofinansowania : 9 pkt.**

.....  
podpis pracownika  
dokonującego oceny merytorycznej

.....  
Akceptacja Dyrektora

Data wpływu:

Nr sprawy:

**Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym**

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

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania:\* .....

Data urodzenia : .....

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 (podać rok).....    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 .....zł. Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi .....

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

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

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwe zaznaczyć.

\*\*\* Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.

.....  
(data wpływu wniosku do PCPR)

.....  
(pieczęć PCPR i podpis pracownika)

**PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY**  
*(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej),  
opiekun prawny lub pełnomocnik*

Imię i nazwisko: .....

PESEL lub numer dokumentu tożsamości: .....

Adres zamieszkania: .....

Numer telefonu : .....

Adres email: .....

Data urodzenia: .....

Przedstawiciel ustawowy

Ustanowiony: Opiekunem prawnym Postanowieniem sądu rejonowego z dnia .....  
....., Sygnatura akt .....

Ustanowiony: Pełnomocnikiem, na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusz  
.....

.....  
( data) podpis

Informacje uzupełniające do wniosku  
**DANE KONTAKTOWE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

Numer telefonu: .....

Adres e-mail: .....

.....  
( data) podpis

## 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 lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

**Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu 3 lat przez złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.**

**Uprowadzony/uprowadzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2022r. poz. 1138, 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.**

Wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie w/w danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu i PFRON dla potrzeb związanych z realizacją zadań Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu na rzecz osób niepełnosprawnych finansowanych ze środków PFRON, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE oraz zapoznałem się z klauzulą informacyjną RODO obowiązującą w PCPR Milicz dostępną na stronie internetowej: [www.pcprmilicz.pl](http://www.pcprmilicz.pl)

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

### DO WNIOSKU NALEŻY ZAŁĄCZYĆ:

1. Kopię orzeczenia lub kopię wpisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art.1, art. 5 pkt. 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, a w przypadku osoby o której mowa 62 ust. 3 tej ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanym przed dniem 1 stycznia 1998r. (oryginał do wglądu),
2. Kopię pełnomocnictwa lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu) w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego,
3. Oświadczenie – załącznik nr 1
4. zaświadczenia o pobieraniu nauki (dotyczy osób w wieku od 16 do 24 r. życia.
5. wniosek lekarza- załącznik nr 2 do wniosku
6. informację o stanie zdrowia – załącznik nr 3 do wniosku
7. informację o wyborze turnusu – załącznik nr 4 do wniosku



Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

### WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY

Imię i nazwisko.....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....

Adres (miejsce pobytu\*) .....

#### **RODZAJ SCHORZENIA LUB DYSFUNKCJI \*\***

- dysfunkcja narządu ruchu
- dysfunkcja narządu słuchu
- dysfunkcja narządu wzroku
- upośledzenie umysłowe
- choroba psychiczna
- padaczka
- schorzenia układu krążenia
- osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
- inne ( jakie?).....

#### **KONIECZNOŚĆ POBYTU OPIEKUNA NA TURNUSIE\*\***

- Nie
  - Tak - uzasadnienie
- .....
- .....
- .....
- .....

#### **UWAGI:**

.....

.....

.....

.....

.....  
(data)

.....  
(pieczęćka i podpis lekarza)

\* Wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej.  
\*\* Właściwie zaznaczyć.

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA - załącznik nr 3 do wniosku

Imię i nazwisko.....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....

Adres (miejsce pobytu\*) .....

Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....  
.....

Choroby współistniejące, przebyte operacje

.....  
.....

Uczulenia.

.....  
.....

Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie), zaopatrzenie ortopedyczne

.....  
.....

Odchylenia w badaniu przedmiotowym, badaniach dodatkowych

.....  
.....

Przebyte choroby zakaźne - dotyczy osób do 16 roku życia

.....  
.....

Szczepienia ochronne (daty) - dotyczy osób do 16 roku życia

.....  
.....

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

\* Wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej.

**INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO**

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

Imię i nazwisko uczestnika turnusu: .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....

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 społecznych albo o ubezpieczeniu społecznym rolników.

.....

(data)

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)

(pieczęć organizatora turnusu)

**OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA TURNUSU REHABILITACYJNEGO**

(wypełnia organizator turnusu)

Nazwa organizatora i adres z kodem pocztowym:

.....  
.....

Numer i data ważności wpisu do rejestru organizatorów turnusów:

.....  
.....

Potwierdzam możliwość uczestniczenia Pana/Pani: .....

wraz z opiekunem\*

w turnusie rehabilitacyjnym (jakim?): .....

w terminie od: ..... do: .....

w ośrodku (nazwa i adres z kodem pocztowym):

.....  
.....

Numer i data ważności wpisu do rejestru ośrodków:

.....  
.....

**Całkowity koszt turnusu dla:**

osoby niepełnosprawnej ..... zł, słownie zł .....

opiekuna osoby niepełnosprawnej\* ..... zł, słownie zł .....

**Zobowiązuję się, w terminie 21 dni od dnia zakończenia turnusu, przelać do właściwego PCPR „Informację o przebiegu turnusu rehabilitacyjnego”, sporządzoną odrębnie dla każdego uczestnika korzystającego z dofinansowania ze środków PFRON. W przypadku rezygnacji osoby niepełnosprawnej z uczestnictwa w turnusie przed jego rozpoczęciem lub stwierdzenia w wyniku kontroli rażących uchybień w zakresie realizacji turnusu zobowiązuję się do zwrotu 100 % środków, które przekazało PCPR na dofinansowanie uczestnictwa tej osoby i jej opiekuna, w terminie 7 dni od dnia zakończenia tego turnusu – na rachunek bankowy PCPR.**

Środki przyznane osobie niepełnosprawnej i jej opiekunowi\* proszę przekazać na rachunek bankowy:

.....

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis organizatora)

\* Niepotrzebne skreślić

**INFORMACJA O PRZEBIEGU TURNUSU REHABILITACYJNEGO**  
(wypełnia organizator turnusu)

Imię i nazwisko uczestnika turnusu:.....

Adres zamieszkania:\* .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości:.....

Miejsce turnusu (nazwa ośrodka i adres z kodem pocztowym):

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

Data rozpoczęcia i zakończenia turnusu: .....

Rodzaj turnusu (jaki?): .....

Udział uczestnika w zajęciach przewidzianych programem turnusu (krótki opis rodzaju i charakteru zajęć, w tym liczba godzin oraz uzyskane efekty):

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

.....  
(data)

.....  
(imię i nazwisko oraz podpis kierownika turnusu)

Przeprowadzono badanie lekarskie\*\*

tak nie

Zastosowano zabiegi fizjoterapeutyczne

tak nie

jakie zabiegi fizjoterapeutyczne:

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

Na turnusie obecny był opiekun osoby niepełnosprawnej\*\*\* tak nie

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

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwie zaznaczyć i wypełnić tylko w przypadku turnusów, których program obejmował zajęcia fizjoterapeutyczne.

\*\*\* Opisać rolę opiekuna.

**OCENA SYTUACJI SPOŁECZNEJ OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ  
W ZKRESIE ROZWIJANIA UMIEJĘTNOŚCI SPOŁECZNYCH**

1. Imię i nazwisko.....

2. PESEL.....

3. Potrzeby w zakresie rozwijania umiejętności społecznych:

a) wyrabianie zaradności, poprawa samoobsługi tak\*    nie

b) nawiązywanie i rozwijanie kontaktów społecznych w tym kształtowanie umiejętności porozumiewania się z innymi, współdziałania w grupie tak\*  
nie

c) pobudzanie aktywności społecznej, przywracanie utraconych zdolności do pełnienia ról społecznych  
tak\*    nie

d) wdrażanie do korzystania z dóbr kultury tak\*    nie

e) realizowanie i rozwijanie zainteresowań tak\*    nie

f) rozbudzanie motywacji integracyjnych, wyjścia z izolacji tak\*    nie

Ocena uzasadniająca udział w turnusie rehabilitacyjnym: wskazany, niewskazany\*

Uzasadnienie:

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

.....  
data i podpis pracownika socjalnego

\*właściwe zaznaczyć

Data wpływu:

Nr sprawy:

**WNIOSEK**  
**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji**  
**Osób Niepełnosprawnych usług tłumacza języka migowego/tłumacza**  
**przewodnika**

**Część A – DANE WNIOSKODAWCY**

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Imię:</b>	
<b>Drugie imię:</b>	
<b>Nazwisko:</b>	
<b>PESEL:</b>	
<b>Data urodzenia:</b>	
<b>Płeć</b>	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta
<b>Wnioskodawca składa wniosek:</b> <input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczonego notarialnie	
<b>Postanowienie Sądu:</b>	
<b>Imię i nazwisko notariusza:</b>	
<b>Repetytorium nr:</b>	
<b>Zakres pełnomocnictwa:</b>	<input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie <input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania <input type="checkbox"/> do zawarcia umowy <input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku <input type="checkbox"/> do złożenia wniosku <input type="checkbox"/> inne

### ADRES ZAMIESZKANIA

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

### ADRES KORESPONDENCYJNY

Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Gmina:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	



**DANE PODOPIECZNEGO/MOCODWACY**

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

**ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
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
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<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"/> upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> choroby psychiczne <input type="checkbox"/> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osoba głucha</li> <li><input type="checkbox"/> osoba głuchoniema</li> </ul> <input type="checkbox"/> narząd wzroku <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osoba niewidoma</li> <li><input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma</li> </ul> <input type="checkbox"/> narząd ruchu <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego</li> <li><input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych</li> </ul> <input type="checkbox"/> epilepsja <input type="checkbox"/> choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> 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** (przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku) :

.....

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

.....

### KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

**Na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych/sprzęt rehabilitacyjny/AS lub inne 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

### I. CEL DOFINANSOWANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Przedmiot dofinansowania:</b>	
<b>Cel dofinansowania / uzasadnienie:</b>	

### II. KOSZTY REALIZACJI

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):</b>	

Słownie:	
Liczba godzin:	
Cena za godzinę:	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:	
Słownie:	

Wysokość dofinansowania usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika nie może być wyższa niż 2% przeciętnego wynagrodzenia za godzinę jej świadczenia (informacja dostępna na stronie GUS)

### III. MIEJSCE I CZAS REALIZACJI ZADANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Miejsce realizacji:	
Przewidywany czas realizacji:	

### IV. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

- Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Właściciel konta:	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

- Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

## Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

### 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?.....

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

## 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 lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

**Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu 3 lat przez złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.**

**Upredzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2022r. poz. 1138, 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.**

Wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie w/w danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu i PFRON dla potrzeb związanych z realizacją zadań Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu na rzecz osób niepełnosprawnych finansowanych ze środków PFRON, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE oraz zapoznałem się z klauzulą informacyjną RODO obowiązującą w PCPR Milicz dostępną na stronie internetowej: [www.pcpmilicz.pl](http://www.pcpmilicz.pl)

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

### DO WNIOSKU NALEŻY ZAŁĄCZYĆ:

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, a w przypadku osoby o której mowa 62 ust. 3 tej ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998r. (oryginał do wglądu)
2. kopię pełnomocnictwa lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu) w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego,
3. Załącznik nr 1 do wniosku - oświadczenie,
4. Załącznik nr 2 do wniosku - Zaświadczenie od lekarza specjalisty potwierdzające konieczność korzystania z usług tłumacza migowego,

.....  
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Imię i nazwisko:</b>	
<b>Zamieszkały/zamieszkała:</b>	
<b>PESEL:</b>	
<b>Pacjent posiada schorzenia lub dysfunkcje:</b>	<input type="checkbox"/> słuchu <input type="checkbox"/> mowy <input type="checkbox"/> inne (jakie).....
<b>Stwierdzam potrzebę korzystania z usług tłumacza języka migowego lub usług tłumacza przewodnika:</b>	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak – uzasadnienie:

.....  
data, Pieczęć i podpis lekarza

**KARTA OCENY FORMALNEJ WNIOSKU O DOFINANSOWANIE  
USŁUG TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO/TŁUMACZA PRZEWODNIKA**

NR WNIOSKU: ON...../...../2023

IMIĘ I NAZWISKO: .....

L.p.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe)	UWAGI
1.	Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania zgodnie z rozporządzeniem MPiPS w sprawie określania rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
2.	Wniosek jest kompletny, zawiera wymagane załączniki, wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
3.	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Data weryfikacji formalnej wniosku : .....2023r.			
Weryfikacja formalna wniosku : <input type="checkbox"/> Pozytywna <input type="checkbox"/> Negatywna			
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	

.....  
podpis pracownika  
dokonującego oceny formalnej

.....  
Akceptacja Dyrektora

Data wpływu:  
Nr sprawy:

**WNIOSEK**  
**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji**  
**Osób Niepełnosprawnych organizacji sportu, kultury, rekreacji**  
**i turystyki**

**Część A – DANE WNIOSKODAWCY**

<b>I. DANE WNIOSKODAWCY</b>	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
Pełna nazwa Wnioskodawcy:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Strona internetowa:	
<b>ADRES SIEDZIBY</b>	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Poczta:	
Kod pocztowy:	



Taki sam jak adres siedziby

### ADRES KORESPONDENCYJNY

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

### OSOBA SKŁADAJĄCA WNIOSEK

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Nazwisko:	
Pesel:	
Nr telefonu:	
Poczta:	

### OSOBY UPRAWNIONE DO REPREZENTOWANIA WNIOSKODAWCY

Nazwiska i imiona osób, wraz z podaniem funkcji jaką pełnią w organizacji, które zgodnie z postanowieniami statutu lub innego aktu wewnętrznego są upoważnione do zaciągania zobowiązań finansowych w imieniu Wnioskodawcy

Imię i nazwisko	Funkcja

<b>II. INFORMACJE DODATKOWE</b>	
<b>Nazwa pola</b>	<b>Do uzupełnienia</b>
<b>Status prawny:</b>	
<b>Nr rejestru sądowego:</b>	
<b>Data wpisu do rejestru sądowego:</b>	
<b>Organ założycielski:</b>	
<b>REGON:</b>	
<b>NIP:</b>	
<b>Podstawa działania:</b>	
<b>Nazwa banku:</b>	
<b>Nr rachunku bankowego:</b>	
<b>INFORMACJE O DZIAŁALNOŚCI WNIOSKODAWCY</b>	
<b>Nazwa pola</b>	<b>Do uzupełnienia</b>
<b>Czy Wnioskodawca prowadzi działalność rehabilitacyjną na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalność związaną z rehabilitacją osób niepełnosprawnych:</b>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
<b>Czy Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT:</b>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
<b>Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:</b>	
<b>Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT, lecz nie jest uprawniony do obniżenia kwoty podatku należnego o podatek naliczony:</b>	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
<b>Podstawa prawna:</b>	
<b>Czy wnioskodawca posiada status zakładu pracy chronionej?:</b>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
<b>Czy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą?:</b>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak

<b>Czy wnioskodawca otrzymał pomoc de minimis w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe?:</b>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
<b>Czy wnioskodawca otrzymał pomoc inną niż de minimis (w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc de minimis)?:</b>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak

### INFORMACJE O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI NA RZECZ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Od kiedy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych:</b>	
<b>Liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych i jej kwalifikacje:</b>	
<b>Kwalifikacje zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych:</b>	

### III. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON?

- Nie  
 Tak

### CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania (nazwa zadania ustawowego oraz/lub nazwa programu, w ramach którego przyznana została pomoc)	Nr umowy	Data zawarcia	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia	Kwota rozliczona


## Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

### I. PRZEDMIOT WNIOSKU

Nazwa zadania, cel dofinansowania, szczegółowy opis planowanych działań przy realizacji zadania, proponowany sposób wykorzystania dofinansowania:

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Nazwa zadania	
Cel dofinansowania, szczegółowy opis planowanych działań przy realizacji zadania, proponowany sposób wykorzystania dofinansowania:	
Liczba uczestników:	
W tym liczba opiekunów:	
Liczba osób niepełnosprawnych:	
Do lat 18:	
Powyżej 18 lat:	
Liczba mieszkańców wsi:	
PLANOWANE MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
Planowane miejsce realizacji zadania:	
Termin rozpoczęcia:	

<b>Przewidywany czas realizacji zadania:</b>	
<b>Termin zakończenia:</b>	

### INFORMACJE DODATKOWE

Zakładane rezultaty zadania (należy opisać co zyskają osoby w wyniku realizacji zadania, w jakim stopniu realizacja zadania zmieni ich sytuację) oraz jak rezultaty te będą badane

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych:</b>	

### II. BUDŻET I HARMONOGRAM ZADANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Przewidywany koszt realizacji zadania:</b>	
<b>Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:</b>	
Słownie:	
<b>Własne środki przeznaczone na realizację zadania:</b>	

#### Inne źródła finansowania ogółem

z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Publiczne:</b>	
<b>Niepubliczne:</b>	

#### Harmonogram


**III. Kosztorys rzeczowo-finansowy obejmujący rodzaje kosztów związanych z realizacją przedsięwzięcia**

Lp.	Zakres rzeczowy wg rodzajów kosztów	Zakres finansowy		
		Całkowita wartość rodzajów kosztów	Pozostałe źródła finansowania (w tym udział własny)	Kwota dofinansowania ze środków PFRON
Co stanowi % wartości całkowitej przedsięwzięcia:				

*Data, pieczęć i podpis osób uprawnionych do reprezentowania wnioskodawcy*

## UWAGA

## Załącznik nr 1 do wniosku

Administratorem danych osobowych ujawnionych w formularzu jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu, ul. Trzebnicka 4B, 56-300 Milicz. Dane są przetwarzane w celu realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Dane nie będą udostępnione innym odbiorcom, za wyjątkiem przypadków, kiedy obowiązek udostępniania wynika z przepisów prawa. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich poprawiania. Podanie danych jest obowiązkowe. Obowiązek podania danych wynika z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

### Oświadczam, że:

1. Podane informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym oraz oświadczam, że znana jest mi treść art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2022r. poz. 1138, z późn. zm.) o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub za tajenie prawdy. Przyjmuję do wiadomości, że podanie nieprawdziwych informacji eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
2. W ramach realizacji zadania  planowane jest /  nie jest planowane pobieranie opłat od ostatecznych beneficjentów zadania,
3. Reprezentowany przeze mnie podmiot zobowiązuje się do uzyskania środków finansowych w wysokości wystarczającej na pokrycie pozostałych kosztów zadania (poza kosztami przewidzianymi do dofinansowania ze środków PFRON), w tym wkładu własnego, zaangażowanego do realizacji zadania,
4. Na dzień sporządzenia wniosku reprezentowany przeze mnie podmiot  posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON /  nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON.
5. Oświadczam, że  zatrudniam fachową kadrę do obsługi imprezy /  zobowiązuję się do zatrudnienia fachowej kadry do obsługi imprezy.
6. Oświadczam, że  posiadam /  zabezpieczę odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji przedsięwzięcia.
7. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz nie byłam/em w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
8. Oświadczam, że zapoznałem się z przepisami 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.
8. Oświadczam, że zapoznałem się z deklaracją RODO dostępną pod adresem: [www.pcprmilicz.pl](http://www.pcprmilicz.pl).

*Data, pieczęć i podpis osób uprawnionych do reprezentowania wnioskodawcy*

### Do wniosku należy załączyć:

1. Aktualny wypis z rejestru sądowego lub wypis z ewidencji działalności gospodarczej /ważny 3 miesiące/,
2. Statut,
3. Jeżeli wnioskodawca jest ZPCH dołącza do wniosku:
  - a) potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej,
  - b) informacje o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku,
  - c) informację o pomocy publicznej w okresie trzech kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku, zgodnie z przepisami o warunkach dopuszczalności i nadzorowania pomocy publicznej dla przedsiębiorców.
3. Jeżeli wnioskodawca jest przedsiębiorcą należy dołączyć do wniosku informację o pomocy publicznej udzielonej w okresie trzech lat poprzedzających dzień złożenia wniosku, zgodnie z przepisami ustawy o warunkach dopuszczalności i nadzorowania pomocy publicznej dla przedsiębiorców.

4. Dokument potwierdzający zapewnienie odpowiednich do potrzeb osób niepełnosprawnych warunków technicznych i lokalowych do realizacji zadania.

5. Dokument potwierdzający posiadanie środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nie mniejszej dofinansowaniem z Funduszu Europejskiego.



**KARTA OCENY FORMALNEJ WNIOSKU O DOFINANSOWANIE  
SPORTU, KULTURY, REKREACJI TURYSTYKI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

NR WNIOSKU: ON...../...../2023

NAZWA: .....

L.p.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe)	UWAGI
1.	Wniosek został złożony w terminie	<input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE	
2.	Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania zgodnie z rozporządzeniem MPiPS w sprawie określania rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON	<input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE	
3.	Wniosek jest kompletny, zawiera wymagane załączniki, wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach	<input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE	
4.	Wniosek został podpisany przez osobę uprawnioną do reprezentowania wnioskodawcy	<input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE	
Data weryfikacji formalnej wniosku :			.....2023r.
Weryfikacja formalna wniosku :			
<input type="checkbox"/> Pozytywna <input type="checkbox"/> Negatywna			
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	

.....  
podpis pracownika  
dokonującego oceny formalnej

.....  
Akceptacja Dyrektora

**KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU DOTYCZĄCA SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO DLA  
OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

<b>NR WNIOSKU: ON.532 / ...../2023</b>		<b>Z DNIA:</b>	
<b>IMIĘ I NAZWISKO:</b>			
<b>KRYTERIA OCENY WNIOSKU</b>		<b>LICZBA PUNKTÓW MOŻLIWYCH DO UZYSKANIA</b>	<b>UZYSKANA LICZBA PUNKTÓW</b>
<b>1. Liczba osób niepełnosprawnych objętych planowanym działaniem.</b> (najwyższa punktacja otrzymują wnioski oferujące korzystanie ze sprzętu przez jak największą liczbę ON)			
a)	liczba osób objętych planowanym wsparciem – powyżej 100	15	
b)	liczba osób objętych planowanym wsparciem – od 50 do 100	5	
c)	liczba osób objętych planowanym wsparciem – do 49	2	
<b>2. Czas prowadzenia działalności na rzecz osób niepełnosprawnych</b>			
a)	powyżej 10 lat	15	
b)	od 5 do 10 lat	5	
c)	do 5 lat	2	
<b>3. Personel</b> (najwyższą punktację otrzymują wnioskodawcy zapewniający profesjonalny i doświadczony zespół do pracy na rzecz ON)			
a)	personel posiadający wykształcenie wyższe na kierunku rehabilitacja, praca socjalna, pedagogika, socjologia lub nauki o rodzinie (co najmniej 2 osoby)	10	
b)	personel posiadający wykształcenie wyższe na kierunku rehabilitacja, praca socjalna, pedagogika, socjologia lub nauki o rodzinie (co najmniej 1 osoba)	5	
c)	inny personel niż wymieniony powyżej	2	
<b>RAZEM LICZBA PUNKTÓW – OCENA WNIOSKU:</b>		<b>Max. 40</b>	

Minimalny próg umożliwiający przyznanie dofinansowania : 20 pkt.

.....  
**podpis pracownika  
dokonującego oceny merytorycznej**

.....  
**Akceptacja Dyrektora**