

## **Procedura Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Mogilnie przyjmująca dodatkowe kryteria postępowania w sprawie rozpatrywania wniosków o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na rok 2017**

### **Rozdział I**

#### **Postanowienia ogólne**

Procedura określa:

1. Warunki, jakie muszą spełniać Wnioskodawcy ubiegający się o udzielenie dofinansowania.
2. Tryb składania i zasady rozpatrywania wniosków o dofinansowania.
3. Zasady ustalania wysokości i rozliczania przyznanego dofinansowania.

Podstawa prawna

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2016, poz. 2046).
2. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz.U. z 2015, poz. 926).
3. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz.U. z 2007 r., Nr 230, poz. 1694 z późn.zm.).

§ 1. Ilekroć w niniejszych procedurach jest mowa o:

1. Centrum – oznacza to Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Mogilnie.
2. Funduszu – oznacza to Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
3. Przeciętnym wynagrodzeniu – oznacza to przeciętne wynagrodzenie w gospodarce narodowej w poprzednim kwartale od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”.
4. Kryterium dochodowe – oznacza to kwotę nie przekraczającą:
  1. 50% przeciętnego wynagrodzenia – na członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym,
  2. 65% przeciętnego wynagrodzenia – dla osoby samotnie gospodarującej.
5. Osobie niepełnosprawnej – oznacza to osobę posiadającą orzeczenie o zaliczeniu do:
  1. znacznego, umiarkowanego lub lekkiego stopnia niepełnosprawności,
  2. osób niepełnosprawnych – dotyczy dzieci przed ukończeniem 16 r.ż.,
  3. całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy – wydane przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
  4. niezdolności do samodzielnej egzystencji - wydane przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
  5. o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym – wydane przez KRUS.

§ 2. 1. Ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zwanego dalej Funduszem, mogą być dofinansowane następujące rodzaje zadań:

- 1) uczestnictwo osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych,
- 2) przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- 3) zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osób niepełnosprawnych,

- 4) likwidacja barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się,
2. Dofinansowanie zadań wymienionych w § 2 ust. 1 następuje na pisemny wniosek o dofinansowanie danego zadania, którego wzór określa Centrum.
3. Wnioski wraz z załącznikami określonymi w danym wniosku należy składać w siedzibie Centrum.
4. Jeśli Wnioskodawca zmarł, wniosek nie podlega dalszemu rozpatrzeniu.
5. Przyjęte wnioski są następnie wprowadzane do rejestru sporządzonego w formie pisemnej – według kolejności daty wpływu do Centrum.
6. Rejestr sporządzany jest w danym roku realizacji zadań, dla każdego zadania odrębnie.
7. Rozpatrywanie wniosków następuje, po podziale środków uchwałą Rady Powiatu, po zaopiniowaniu przez Powiatową Społeczną Radę ds. Osób Niepełnosprawnych.
8. Od odmowy o przyznaniu dofinansowania Wnioskodawcy nie przysługuje odwołanie w rozumieniu przepisów kpa.
9. W przypadku nie zrealizowania przedmiotowego wniosku w roku jego złożenia wniosek nie jest przenoszony do realizacji na rok następny.

## **Rozdział II**

### **Procedura postępowania w sprawie dofinansowania ze środków PFRON uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym**

§ 3.1. Do rozpatrzenia wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym powołuje się zespół w składzie:

- a) pracownik merytoryczny,
  - b) pracownicy socjalni,
  - c) księgowa,
  - d) kierownik PCPR.
2. O dofinansowanie do uczestnictwa osób niepełnosprawnych w turnusie rehabilitacyjnym mogą ubiegać się tylko osoby niepełnosprawne.
  3. Osoba niepełnosprawna może ubiegać się o dofinansowanie ze środków PFRON do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym, jeżeli nie przekroczy kryterium dochodowego, z zastrzeżeniem ust. 4.
  4. W przypadku przekroczenia kwot kryterium dochodowego, kwotę dofinansowania pomniejsza się o kwotę, o którą dochód ten został przekroczony z zastrzeżeniem ust. 5.
  5. W przypadku uzasadnionym trudną sytuacją materialną lub losową osoby niepełnosprawnej dofinansowanie ze środków PFRON uczestnictwa w turnusie tej osoby lub dofinansowanie uczestnictwa jej opiekuna może zostać przyznane bez pomniejszania kwoty dofinansowania pomimo przekroczenia kwot dochodu.
  6. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych.
  7. Pierwszeństwo w uzyskaniu dofinansowania mają w kolejności:
    - a) osoby niepełnosprawne w wieku do 16 lat albo w wieku do 24 lat uczące się i nie pracujące bez względu na stopień niepełnosprawności, wymagające rehabilitacji społecznej zgodnie z przedstawioną oceną sytuacji społecznej osoby niepełnosprawnej i jej potrzeb w zakresie rozwijania umiejętności społecznych, wg załącznika będącego kompletem dokumentów;
    - b) osoby, które nie korzystały z dofinansowania w roku 2016, wymagające rehabilitacji społecznej zgodnie z przedstawioną oceną sytuacji społecznej osoby niepełnosprawnej i jej potrzeb w zakresie rozwijania umiejętności społecznych (jw.).

8. W sytuacji niedoboru środków finansowych Funduszu nie realizuje się wniosków osób posiadających lekki stopień niepełnosprawności.
9. Wniosek o dofinansowanie składa osoba niepełnosprawna, przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny w siedzibie Centrum lub za pośrednictwem poczty, wniosek o dofinansowanie stanowi załącznik Nr 1 niniejszych procedur. Do wniosku należy załączyć:
  - 1) informację o wyborze turnusu wraz z wnioskiem lekarskim o skierowanie na turnus (druki stanowiące komplet z wnioskiem o przyznanie dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym),
  - 2) kopię orzeczenia o niepełnosprawności,
  - 3) udokumentowanie dochodów,
  - 4) zaświadczenie o kontynuowaniu nauki – w przypadku osoby niepełnosprawnej w wieku 16 – 24 lat uczącej się i nie pracującej,
  - 5) załącznik – sytuację społeczną osoby niepełnosprawnej i jej potrzeb w zakresie rozwijania umiejętności społecznych.
10. Wniosek zostaje zarejestrowany poprzez nadanie numeru sprawy.
11. Centrum w terminie 10 dni od dnia złożenia wniosku informuje Wnioskodawcę o występujących uchybieniach, które powinny być usunięte w terminie 30 dni, jeśli wniosek został złożony osobiście o konieczności usunięcia uchybień Wnioskodawca jest informowany w dniu składania wniosku. Nie usunięcie ich w wyznaczonym terminie powoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.
12. Wnioski o dofinansowanie są rozpatrywane przez Centrum w terminie 30 dni od dnia złożenia kompletnego wniosku.
13. W przypadku, gdy Centrum poweźmie wątpliwości w sprawie przyznanego dofinansowania, w szczególności, co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, powiadamia Wnioskodawcę o konieczności złożenia w wyznaczonym terminie wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.
14. Wysokość dofinansowania wynosi:
  - 30 % przeciętnego wynagrodzenia – dla osoby niepełnosprawnej ze znacznym stopniem niepełnosprawności, osoby niepełnosprawnej w wieku do 16 roku życia oraz osoby niepełnosprawnej w wieku 16-24 lat uczącej się i nie pracującej, bez względu na stopień niepełnosprawności,
  - 27 % przeciętnego wynagrodzenia – dla osoby niepełnosprawnej z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności,
  - 25 % przeciętnego wynagrodzenia - dla osoby niepełnosprawnej z lekkim stopniem niepełnosprawności,
  - 20 % przeciętnego wynagrodzenia – dla opiekuna osoby niepełnosprawnej,
  - 20% przeciętnego wynagrodzenia – dla osoby niepełnosprawnej zatrudnionej w zakładzie pracy chronionej, niezależnie od posiadanego stopnia niepełnosprawności,
  - w przypadku uzasadnionym szczególnie trudną sytuacją życiową osoby niepełnosprawnej dofinansowanie dla tej osoby lub dofinansowanie pobytu jej opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym może zostać podwyższone do wysokości 40% przeciętnego wynagrodzenia.
15. Kwoty dofinansowań, o których mowa w pkt. 13, pomniejsza się o 20%, z uwagi na znaczne niedobory środków Funduszu w stosunku do istniejących potrzeb w tym zakresie.
16. Wnioski rozpatrywane będą do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych uchwałą Rady Powiatu na ten cel.
17. Szczegółowe zasady dotyczące dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON określa rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych.

### Rozdział III

#### **Procedura postępowania w sprawie dofinansowania ze środków PFRON do przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych**

- § 4. 1. Wniosek o dofinansowanie składa osoba niepełnosprawna, przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny w siedzibie Centrum lub za pośrednictwem poczty, wniosek stanowi załącznik Nr 2 niniejszych procedur.
2. Wniosek zostaje zarejestrowany poprzez nadanie numeru sprawy.
  3. Powiadamia się pisemnie Wnioskodawcę o zarejestrowaniu wniosku i zwraca się z prośbą o ewentualne jego uzupełnienie.
  4. Odmowa realizacji wniosku następuje z powodu przekroczenia limitu dochodu w rodzinie lub na osobę samotnie gospodarującą.
  5. Rozpatrywanie wniosków następuje po podziale środków uchwałą Rady Powiatu. Dofinansowanie otrzymują Wnioskodawcy, którzy posiadają refundację NFZ. Wnioski są rozpatrywane przez pracowników Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie, tj.: kierownika, księgową i pracownika merytorycznego. Przy podziale brane są pod uwagę kryteria m.in: stopień niepełnosprawności, rodzaj przedmiotu ortopedycznego (priorytet: protezy kończyn, aparaty do bezdechu, wózki inwalidzkie, pionizatory, materace przeciwoleżynowe, gorsety i aparaty słuchowe dla dzieci i młodzieży), sytuacja rodzinna i dochodowa oraz zawodowa, w tym aktywność zawodowa a także pobieranie nauki na dzień rozpatrywania wniosków.
  6. Pozytywnie rozpatrzone wnioski zostają przygotowane do realizacji, natomiast pozostałe wnioski oczekują na zwiększenie środków finansowych. Po rozpatrzeniu wniosków osoby, które otrzymały dofinansowanie i nie pokryły kosztów zakupu zostają powiadomione o tym fakcie pisemnie. Pozostałe wnioski osób niepełnosprawnych, którzy dokonali zapłaty i zakupili przedmioty ortopedyczne/środki pomocnicze zostają przygotowywane do wypłaty w formie przelewu bankowego na wskazane konto bankowe.
  7. Dofinansowanie do zakupu przedmiotu ortopedycznego/środka pomocniczego przysługuje osobie niepełnosprawnej na podstawie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności ze wskazaniami do konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne/środki pomocnicze lub orzeczenia równoważnego, która otrzymała refundację Narodowego Funduszu Zdrowia, spełniając warunek, iż przedmiot ortopedyczny/środek pomocniczy jest zgodny z rodzajem niepełnosprawności (np. proteza nogi dla osoby niepełnosprawnej, u której w aktualnym orzeczeniu o stopniu niepełnosprawności/orzeczeniu o niepełnosprawności symbol niepełnosprawności jest określony na 05-R, czy też zakup protezy powietrznej dla symbolu niepełnosprawności 07-S). Dofinansowanie do zakupu aparatu słuchowego przysługuje osobom niepełnosprawnym ze znacznym i umiarkowanym stopniem niepełnosprawnym przy jednoczesnym określeniu symbolu niepełnosprawności na 03-L. Nie określa się tego warunku dla osób, które wymagają zaopatrzenia w środki pomocnicze typu pieluchomajtki, a także w sytuacji dostarczenia zaświadczenia lekarskiego, które potwierdzi rodzaj schorzenia związany z przedmiotem ortopedycznym/środkiem pomocniczym (np. peruka dla osoby ze schorzeniem nowotworowym).
  8. Wysokość dofinansowania wynosi do 100% sumy kwoty limitu, jeżeli cena zakupu jest wyższa niż ustalony limit. Do 150% w przypadku uzasadnienia szczególnie trudnej sytuacji dochodowej, zawodowej czy rodzinnej.
  9. Dofinansowanie do zakupu przedmiotów ortopedycznych/środków pomocniczych przysługuje, jeśli przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, nie przekracza kwoty:  
- 50% przeciętnego wynagrodzenia na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym,

- 65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej.

10. Wnioski o dofinansowanie zakupu przedmiotów ortopedycznych/środków pomocniczych można składać przez cały rok.

11. Szczegółowe zasady dotyczące dofinansowania do zakupu przedmiotów ortopedycznych/środków pomocniczych określa rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON.

## **Rozdział IV**

### **Procedura postępowania w sprawie dofinansowania ze środków PFRON do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny**

§ 5. 1. Wniosek o dofinansowanie składa osoba niepełnosprawna, przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny w siedzibie Centrum lub za pośrednictwem poczty, wniosek o dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny stanowi załącznik Nr 3 niniejszych procedur.

2. Wniosek zostaje zarejestrowany poprzez nadanie numeru sprawy.

3. Powiadamia się pisemnie Wnioskodawcę o zarejestrowaniu wniosku i zwraca z prośbą o ewentualne jego uzupełnienie.

4. Odmowa realizacji wniosku następuje z powodu przekroczenia limitu dochodu w rodzinie lub na osobę samotnie gospodarującą.

5. Rozpatrywanie wniosków następuje po podziale środków uchwałą Rady Powiatu. Wnioski są rozpatrywane przez pracowników Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie, tj.: kierownika, księgową i pracownika merytorycznego. Przy podziale brane są pod uwagę kryteria m.in: stopień niepełnosprawności, stan zdrowia, rodzaj sprzętu rehabilitacyjnego, sytuacja rodzinna i dochodowa na dzień rozpatrywania wniosków.

6. Pozytywnie rozpatrzone wnioski zostają przygotowane do realizacji, natomiast pozostałe wnioski oczekują na zwiększenie środków finansowych.

7. Następuje podpisanie umowy między Wnioskodawcą a Starostą Mogileńskim, w dalszej kolejności realizacja zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.

8. Etapem końcowym jest rozliczenie warunków umowy. Szczegółowe zasady dotyczące dofinansowania do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego określa rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON.

9. Dofinansowanie do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego mogą otrzymać:

- raz w roku osoby niepełnosprawne stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności, jeśli zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych, zgodnie ze wskazaniami lekarza prowadzącego,

- raz w roku osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą, osoby prawne i jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej, jeżeli prowadzą działalność związaną z rehabilitacją osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej dwóch lat przed dniem złożenia wniosku oraz udokumentują posiadanie środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON.

10. Dofinansowanie do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego przysługuje, jeśli przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, nie przekracza kwoty:

- 50% przeciętnego wynagrodzenia na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym,

- 65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej.

11. Wysokość dofinansowania wynosi do 60% kosztów sprzętu, nie więcej jednak niż do wysokości 15-krotnego przeciętnego wynagrodzenia.

12. Szczegółowe zasady dotyczące dofinansowania do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego określa rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON.

## **Rozdział V**

### **Procedura postępowania w sprawie dofinansowania ze środków PFRON likwidacji barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się**

§ 6. Procedurę określa się następująco:

1. Wniosek o dofinansowanie składa osoba niepełnosprawna, przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny w siedzibie Centrum lub za pośrednictwem poczty, wniosek o dofinansowanie stanowi załącznik Nr 4 i 5 niniejszych procedur.
2. Wniosek zostaje zarejestrowany poprzez nadanie numeru sprawy.
3. Powiadamia się pisemnie Wnioskodawcę o zarejestrowaniu wniosku i zwraca się z prośbą o ewentualne jego uzupełnienie.
4. Odmowa dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych następuje w przypadku braku określenia, w przedłożonym dokumencie potwierdzającym niepełnosprawność Wnioskodawcy, symbolu niepełnosprawności 04-O, 05-R lub 10-N/bądź braku informacji o dysfunkcji narządu ruchu lub wzroku.
5. Rozpatrywanie wniosków następuje, po podziale środków uchwałą Rady Powiatu, przez Komisję ds. opiniowania wniosków o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych/technicznych i w komunikowaniu się powołaną Zarządzeniem Nr 1/2006 Kierownika Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Mogilnie. Przy podziale brane są pod uwagę kryteria, m.in: rodzaj niepełnosprawności, stan zdrowia, sytuacja dochodowa, bez względu na dochód jeśli zamieszkują inne osoby niepełnosprawne będące rodzicami, dziećmi, rodzeństwem lub małżonkami Wnioskodawcy, na dzień rozpatrywania wniosków. Ostateczna decyzja o przyznaniu dofinansowania następuje po wizji lokalnej w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.
6. Pozytywnie rozpatrzone wnioski zostają przygotowane do realizacji, natomiast pozostałe wnioski oczekują na zwiększenie środków finansowych. Po rozpatrzeniu (pozytywnym lub odmownym) przez Komisję wniosków, Wnioskodawcy zostają o tym poinformowani pisemnie.
7. Specjalista ds. budownictwa wraz z pracownikiem PCPR-u dokonuje oględzin miejsca likwidacji barier architektonicznych i/lub technicznych podczas, których weryfikowany jest wniosek i kosztorys. Wnioskodawca jest informowany o dalszej procedurze, o sposobie rozliczenia. Wykonane zdjęcia dokumentują stan faktyczny zastany u Wnioskodawcy. Sporządza się z tej wizyty protokół podpisany przez w/w osoby oraz Wnioskodawcę.
8. Po podpisaniu umowy przez Wnioskodawcę i Starostę Mogileńskiego następuje realizacja likwidacji barier architektonicznych.
9. Po wykonaniu robót i dokonaniu oględzin przez te same osoby, wykonaniu zdjęć, spisaniu protokołu następuje rozliczenie faktur i kosztorysów powykonawczych/zestawień.
10. W przypadku likwidacji barier technicznych i w komunikowaniu się po przyznaniu środków i pisemnym poinformowaniu Wnioskodawcy, sporządza się umowę, po której podpisaniu następuje zakup sprzętów. Koszty przedsięwzięcia stanowiące podstawę wyliczenia wysokości dofinansowania określają przedłożone w zależności od potrzeb – kosztorysy przedwstępne, oferty cenowe lub faktury pro forma. Przez bariery techniczne

należy rozumieć przeszkody wynikające z braku zastosowania odpowiednich do rodzaju niepełnosprawności przedmiotów lub urządzeń. Przez bariery w komunikowaniu się należy rozumieć ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji. W przypadku likwidacji barier w komunikowaniu się dofinansowanie przysługuje wyłącznie osobom niepełnosprawnym w wieku do 16 lat albo w wieku do 24 lat uczących się i nie pracujących, Wnioskodawcom w wieku aktywności zawodowej, bezrobotnym lub poszukującym pracy.

11. Osoby niepełnosprawne mające trudności w poruszaniu się, jeżeli są właścicielami lub użytkownikami wieczystymi nieruchomości albo posiadają zgodę właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego, w którym stale zamieszkują, mogą starać się o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych ze środków Funduszu, jeżeli ich realizacja umożliwi i w znacznym stopniu ułatwi wykonywanie podstawowych codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem. Przez bariery architektoniczne należy rozumieć wszelkie utrudnienia występujące w budynku, które ze względu na rozwiązania techniczne, konstrukcyjne lub warunki użytkowania uniemożliwiają lub utrudniają swobodę ruchu osobom niepełnosprawnym.

12. Wysokość dofinansowania wynosi do 95% wartości złożonego kosztorysu wstępnego, oferty cenowej, zestawienia – dotyczy likwidacji barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się.

13. Wnioski niekompletne i niezupełnione w wyznaczonym przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Mogilnie terminie nie są rozpatrywane.

14. Wybór kosztorysanta oraz wszelkie koszty z tym związane należą do Wnioskodawcy.

15. Wybór wykonawcy należy do Wnioskodawcy.

16. Centrum nie prowadzi rejestru, nie poleca i nie wskazuje realizatorów/wykonawców.

17. Określa się maksymalną wysokość do:

– przystosowania istniejącej łazienki – do 4.000,00 zł.

18. Zasady oraz warunki realizacji i rozliczenia likwidacji barier określa umowa zawarta pomiędzy Starostą Mogileńskim a Wnioskodawcą.

19. Szczegółowe zasady dotyczące dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych/technicznych i w komunikowaniu się określa rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON.

## **Rozdział VI**

### **Procedura postępowania w sprawie dofinansowania sportu, kultury, turystyki i rekreacji**

§ 7 1. W roku 2017 nie realizuje się powyższego zadania.

KIEROWNIK  
Powiatowego Centrum  
Pomocy Rodzinie

*mgr Maria Konkiewicz*





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

Imię i nazwisko .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....

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

Data urodzenia .....

tel. ....

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym .....

**POSIADANE ORZECZENIE\*\***

a) o stopniu niepełnosprawności	Znacznym	Umiarkowanym	Lekkim
b) o zaliczeniu do jednej z grup	I	II	III
c) o całkowitej/ o częściowej niezdolności do pracy/ o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym/ i 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 zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)

**OŚWIADCZENIE**

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

(słownie .....)

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

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnej „Informacji o stanie zdrowia” sporządzonej przez lekarza, pod którego opieką się znajduje.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

Wypełnia PCPR

.....  
(data wpływu wniosku do PCPR)

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

\* miejsce pobytu wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

\*\* właściwe zaznaczyć

\*\*\* dochód należy udokumentować i dołączyć do wniosku

**CZEŚĆ I – INFORMACJA O TURNUSIE**

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

Imię i nazwisko uczestnika turnusu .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....

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

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 powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia lub o systemie ubezpieczeń społecznych albo ubezpieczeniu społecznym rolników.

.....  
(data).....  
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

\* miejsce pobytu wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

**CZEŚĆ II – OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA TURNUSU**

(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) .....

Numer i data ważności wpisu do rejestru ośrodków .....

Całkowity koszt turnusu dla:

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

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

Zobowiązuję się nie później niż 21 dni po zakończeniu turnusu, przesłać do właściwego PCPR „Informację o przebiegu turnusu rehabilitacyjnego”. Informacja ta będzie sporządzona odrębnie dla każdego uczestnika korzystającego z dofinansowania ze środków PFRON.

W przypadku rezygnacji z uczestnictwa w turnusie osoby niepełnosprawnej lub w przypadku 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 do 7 dni od dnia zakończenia tego turnusu – na konto PCPR.

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

Nazwa banku .....

Oddział .....

Nr .....

.....  
(data).....  
(pieczęć i czytelny podpis organizatora)

\* obowiązuje od dnia 1 stycznia 2004 r.

\*\* niepotrzebne skreślić

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:\*\*

- |                                                     |                                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu   | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku  | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe     |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna         | <input type="checkbox"/> epilepsja                 |
| <input type="checkbox"/> schorzenia układu krążenia |                                                    |
| <input type="checkbox"/> inne (jakie?) .....        |                                                    |

Zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne:\*\*

- |                                                                                                  |                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> oprotezowanie/zaaparatowanie kończyn górnych (jednostronne, obustronne) |                                              |
| <input type="checkbox"/> oprotezowanie/zaaparatowanie kończyn dolnych (jednostronne, obustronne) |                                              |
| <input type="checkbox"/> wózek inwalidzki                                                        | <input type="checkbox"/> kule łokciowe       |
|                                                                                                  | <input type="checkbox"/> inne (jakie?) ..... |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie:\*\*

- |                                                   |  |
|---------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> NIE                      |  |
| <input type="checkbox"/> TAK – uzasadnienie ..... |  |
| .....                                             |  |
| .....                                             |  |

Zalecenia (wskazania i przeciwwskazania):

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

Uzasadnienie wniosku:

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

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

---

\* miejsce pobytu wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej  
\*\*właściwe zaznaczyć

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

Informacja o stanie zdrowia

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)

\* miejsce pobytu wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

**Sytuacja społeczna osoby niepełnosprawnej i jej potrzeby  
w zakresie rozwijania umiejętności społecznych**

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

1. Imię i nazwisko ..... PESEL .....

2. Sytuacja zdrowotna: podstawowe schorzenie

.....

3. Sytuacja zawodowa:

zatrudniony/prowadzący działalność  
gospodarczą,

osoba w wieku od lat 18 do 24, ucząca  
się w systemie szkolnym lub studiująca,

bezrobotny poszukujący pracy/rencista  
poszukujący pracy,

rencista/emeryt nie zainteresowany  
podjęciem pracy,

dzieci i młodzież do lat 18.

4. Zaspokojenie codziennych potrzeb życiowych:

higieniczne	<input type="checkbox"/> samodzielnie, <input type="checkbox"/> z częściową pomocą osób drugich, <input type="checkbox"/> wyłącznie przy pomocy osób drugich, <input type="checkbox"/> całkowita zależność od osób drugich.
przemieszczanie się	<input type="checkbox"/> samodzielnie, <input type="checkbox"/> z częściową pomocą osób drugich, <input type="checkbox"/> wyłącznie przy pomocy osób drugich, <input type="checkbox"/> całkowita zależność od osób drugich.
prowadzenie gospodarstwa domowego	<input type="checkbox"/> samodzielnie, <input type="checkbox"/> z częściową pomocą osób drugich, <input type="checkbox"/> wyłącznie przy pomocy osób drugich, <input type="checkbox"/> całkowita zależność od osób drugich.
komunikowanie się	<input type="checkbox"/> samodzielnie, <input type="checkbox"/> z częściową pomocą osób drugich, <input type="checkbox"/> wyłącznie przy pomocy osób drugich, <input type="checkbox"/> całkowita zależność od osób drugich.

5. Nawiązywanie i podtrzymywanie relacji z innymi osobami (krewni, przyjaciele, znajomi)

tak,       nie

bardzo często,     często,     regularnie,     nieregularnie,     sporadycznie

6. Aktywność społeczna (uczestnictwo w życiu społeczności lokalnej, kino, teatr, UTW, basen, inne

.....)

tak,       nie

bardzo często,     często,     regularnie,     nieregularnie,     sporadycznie

7. Oczekiwane efekty związane z uczestnictwem w turnusie rehabilitacyjnym

a) poprawa samoobsługi, powrót utraconych zdolności, wzmocnienie posiadanych:

tak /  nie

b) nawiązywanie i rozwijanie kontaktów społecznych:

tak /  nie

c) pobudzenie aktywności społecznej, rozwijanie zainteresowań

tak /  nie

d) pobudzenie aktywności do nawiązywania i podtrzymywania relacji międzyludzkich

tak /  nie

.....  
data i podpis wnioskodawcy

**WYPEŁNIA pracownik PCPR-u**

Ocena uzasadniająca udział w turnusie rehabilitacyjnym: wskazany / niewskazany / inne (jakie?).....

Mogilno, dnia ..... podpis pracownika socjalnego .....

Wypełnia Wnioskodawca

Nr wniosku .....

Data wpływu .....

**Wniosek****o przyznanie dofinansowania do zakupu  
przedmiotu ortopedycznego/środka pomocniczego ze środków  
PFRON**

Wnioskodawca (imię i nazwisko) .....

Adres zamieszkania .....

Nr telefonu kontaktowy .....

Data urodzenia .....

Dowód tożsamości (seria i numer) .....

Wydany przez .....

Numer PESEL .....

Orzeczony stopień niepełnosprawności .....

Rodzaj niezdolności do pracy .....

Imię i nazwisko dziecka (w przypadku Wnioskodawcy występującego w imieniu niepełnosprawnego dziecka) .....

Przedmiot ortopedyczny/środek pomocniczy .....

Cena przedmiotu ortopedycznego/środka pomocniczego (całkowita) .....

Kwota pokrywana przez Narodowy Fundusz Zdrowia .....

Wymagany udział własny Wnioskodawcy .....

Wnioskowana kwota dofinansowania .....

**Oświadczenie**

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie moich danych osobowych niezbędnych do uzyskania dofinansowania do przedmiotu ortopedycznego/środka pomocniczego (Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych)

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

(słownie .....)

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

Kwotę dofinansowania proszę przelać na konto bankowe: *(dane posiadacza rachunku)*

.....

Nazwa banku: .....

Numer konta bankowego: .....

.....

*miejsowość i data*

.....

*podpis Wnioskodawcy*

.....

*podpis i pieczęć pracownika PCPR*

\*dochód należy udokumentować i dołączyć do wniosku

Załączniki:

- kopia aktualnego dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność, również dla dziecka niepełnosprawnego, w imieniu, którego występuje rodzic lub opiekun prawny,
- faktura VAT za zakupione przedmioty ortopedyczne lub środki pomocnicze wystawione na Wnioskodawcę, wyszczególniająca kwotę opłaconą przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotę udziału własnego osoby niepełnosprawnej wraz z potwierdzoną za zgodność, przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, kopią zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze **lub**
- kopia zlecenia na zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wraz z ofertą określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji.



Powiatowe Centrum  
Pomocy Rodzinie  
w Mogilnie

.....  
data wpływu kompletnego wniosku (dzień, miesiąc, rok)

.....  
nr kolejny wniosku

**WNIOSEK**  
**o dofinansowanie do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego**  
**ze środków PFRON**

**Wnioskodawca**

..... syn/córka\* .....  
*imię(imiona) i nazwisko* *imię ojca*  
seria ..... nr ..... wydany w dniu ..... przez .....  
*dowód osobisty*  
nr PESEL .....

miejsowość ..... ulica ..... /.....  
*adres stałego zameldowania* *nr domu/nr lokalu*

nr kodu ..... poczta ..... powiat .....

województwo ..... nr tel./faxu .....

Rodzaj ..... niepełnosprawności, ..... rodzaj ..... schorzenia  
.....

**Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), Opiekun Prawny lub Pełnomocnik**

..... syn/córka .....  
*imię(imiona) i nazwisko* *imię ojca*

seria ..... nr ..... wydany w dniu ..... przez .....  
*dowód osobisty*

nr PESEL ..... nr NIP .....

miejsowość ..... ulica ..... /.....  
*adres stałego zameldowania* *nr domu/nr lokalu*

nr kodu ..... poczta ..... powiat .....

województwo ..... nr tel./faxu .....

ustanowiony Opiekunem\*/Pełnomocnikiem .....

\* postanowieniem Sądu Rejonowego ..... z dnia ..... sygn.akt. ....

\* na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza .....

z dnia ..... repet. nr .....

### Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON? *				Tak	Nie
Nr i data zawarcia umowy	Kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	Źródło

### Informacje o przedmiocie wniosku

1. Rodzaj sprzętu rehabilitacyjnego .....

.....

2. Cel dofinansowania .....

.....

3. Przewidywany koszt ogólny zakupu sprzętu .....

Deklarowane środki własne .....

Inne źródła finansowania .....

Wnioskowana kwota dofinansowania .....

(słownie: .....)

### Informacje uzupełniające o przedmiocie wniosku

.....

.....

.....

### Opinia Komisji opiniującej wnioski (wypełnia PCPR)

.....

.....

.....

\* prawidłowe zaznaczyć

## Oświadczenie

Oświadczam, iż posiadam 20% wkładu własnego do zakupu wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego.

Oświadczam, iż nie posiadam zobowiązań wobec Funduszu.

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie moich danych osobowych niezbędnych do uzyskania dofinansowania (Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych).

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

(słownie .....)

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

Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1,2,3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny, oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować.

.....  
data

.....  
podpis Wnioskodawcy\*\*/Przedstawiciela Prawnego,  
Opiekuna Prawnego/Pełnomocnika

### Załączniki wymagane do wniosku:

1. Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności Wnioskodawcy
2. Udokumentowanie dochodów netto Wnioskodawcy oraz osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą
3. Zaświadczenie lekarskie stwierdzające rodzaj schorzenia i zasadność zakupu wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego.
4. Oferta cenowa wnioskowanego sprzętu.
5. Udokumentowanie źródeł finansowania innych niż PFRON.

\*\* niepotrzebne skreślić



Powiatowe Centrum  
Pomocy Rodzinie  
w Mogilnie

.....  
data wpływu kompletnego wniosku (dzień, miesiąc, rok)

.....  
nr kolejny wniosku

## WNIOSEK

### o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych/technicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

Wnioskodawca

..... syn/córka\* .....  
imię(imiona) i nazwisko imię ojca

seria ..... nr ..... wydany w dniu ..... przez .....  
dowód osobisty

nr PESEL .....

miejscowość ..... ulica ..... /.....  
adres stałego zameldowania nr domu/nr lokalu

nr kodu ..... poczta ..... powiat .....

województwo ..... nr tel./ faxu.....

#### I.A. Stopień niepełnosprawności \*

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

#### I.B. Rodzaj niepełnosprawności \*

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim, wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządu słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
punktacja (uwzględniająca stopień i rodzaj niepełnosprawności)	

## II. Sytuacja zawodowa \*\*

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

## III.A. Sytuacja mieszkaniowa – warunki mieszkaniowe (wypełnia pracownik Centrum)

1. zła	
2. przeciętna	
3. dobra	
4. bardzo dobra	
punktacja	

## III.B. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i mieszkania \*

1. dom jednorodzinny/wielorodzinny prywatny/wielorodzinny komunalny/wielorodzinny spółdzielczy
2. inne .....
3. budynek parterowy, piętrowy, mieszkanie na .....(podać kondygnację)
4. przybliżony wiek budynku lub rok budowy .....
5. opis mieszkania: pokoje..... (podać liczbę), z kuchnią, bez kuchni, z łazienką, bez łazienki, z wc, bez wc
6. łazienka jest wyposażona w: wannę, brodzik, kabinę prysznicową, umywalkę
7. w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej/ciepłej, kanalizacja, centralne ogrzewanie, prąd, gaz
8. inne informacje o warunkach mieszkaniowych  
.....  
.....  
.....

## III.C. Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje\*\*

1. samotnie	
2. z rodziną	
3. z osobami nie spokrewnionymi	
punktacja	

## III.D. Wnioskodawca i osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą

Imię i nazwisko - pokrewieństwo	niepełnosprawność		Dochód miesięczny netto (zł)
	stopień	rodzaj	
Łączna punktacja za stopień i rodzaj niepełnosprawności Wnioskodawcy i osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą			

\* właściwe podkreślić, \*\* proszę wstawić X we właściwej rubryce

**IV. Średni dochód miesięczny netto na osobę w gospodarstwie domowym  
Wnioskodawcy (wypełnia pracownik Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie)**

poniżej 100,00 zł	
101,00 – 200,00 zł	
201,00 – 300,00 zł	
301,00 – 400,00 zł	
401,00 – 500,00 zł	
501,00 – 600,00 zł	
601,00 – 700,00 zł	
701,00 – 800,00 zł	
Powyżej 800,00 zł	

**V. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON**

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON? *				Tak	Nie
Nr i data zawarcia umowy	Kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	Źródło

**VI. Deklarowany udział własny Wnioskodawcy i/lub sponsora**

1. deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania – ponad obowiązkowe 5%	
2. deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania	

Oświadczam, iż posiadam 5% wkładu własnego do całości inwestycji wartości kosztorysowej/ofertowej.

**VII. Dane informacyjne o Wnioskodawcy**

a) wykształcenie	zaznacz właściwe	b) rodzaj źródła utrzymania	zaznacz właściwe
1.niepełne podstawowe		1.wynagrodzenie za pracę	
2.podstawowe		2.przychody z działalności	
3.zawodowe		3.renta stała/emerytura	
4.średnie ogólnokształcące		4.renta okresowa	
5.średnie zawodowe		5.renta szkoleniowa	
6.policealne		6.zasiłek dla bezrobotnych	
7.wyższe		7.zasiłek socjalny	
8.wyższe ze stopniem naukowym		8.stypendium	
		9.alimenty/inne	

**VIII. Cel likwidacji barier architektonicznych (technicznych)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

\* proszę wstawić X we właściwej rubryce

**IX. Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier i orientacyjny koszt (w kolejności od najważniejszego dla Wnioskodawcy)**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
Ogólny koszt: .....  
Kwota dofinansowania: .....  
Słownie: .....

**X. Inwestor zastępczy (inspektor nadzoru) wybrany przez Wnioskodawcę**

.....  
*nazwa i dokładny adres z numerem lokalu*  
..... nr telefonu .....

Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1,2,3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny, oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.  
O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować.  
Oświadczam, iż wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie moich danych osobowych niezbędnych do uzyskania dofinansowania (Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych).

.....  
podpis Wnioskodawcy/Przedstawiciela Prawnego,  
Opiekuna Prawnego/Pełnomocnika\*

**Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), Opiekun Prawny lub Pełnomocnik**

..... syn/córka .....  
*imię(imiona) i nazwisko* *imię ojca*

seria..... nr ..... wydany w dniu ..... przez .....  
*dowód osobisty*

nr PESEL .....

miejsowość ..... ulica ..... /.....  
*adres stałego zameldowania* *nr domu/nr lokalu*

nr kodu ..... poczta ..... powiat .....

województwo ..... nr tel./faxu .....

ustanowiony Opiekunem\*/Pełnomocnikiem .....

\* postanowieniem Sądu Rejonowego ..... z dnia ..... sygn.akt. ....

\* na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza .....

z dnia ..... repet. nr .....

\* niepotrzebne skreślić



Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności
4. Zaświadczenia potwierdzające wysokość dochodów netto Wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą
5. Zaświadczenia kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy
6. Kopia decyzji o przyznaniu zasiłku pielęgnacyjnego, w przypadku jego pobierania
7. Kopia decyzji o przyznaniu świadczeń pomocy społecznej, jeśli takie występują
8. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych
9. Zgoda właściciela budynku (w koniecznych wypadkach)
10. Dokument potwierdzający inne niż PFRON źródła finansowania zadania
11. Projekt, kosztorys, pozwolenie na budowę (w koniecznych wypadkach)

.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
Lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**  
wydane dla potrzeb PCPR w związku z likwidacją barier  
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko .....  
PESEL .....

Pacjent wymaga:

- a) likwidacji barier architektonicznych,
- b) likwidacji barier technicznych,
- c) likwidacji barier w komunikowaniu się.

Pacjent posiada:

- a) dysfunkcję narządu ruchu:
  - z koniecznością poruszania się za pomocą wózka inwalidzkiego od (wpisać rok) .....
  - z koniecznością poruszania się przy pomocy kul od (wpisać rok) .....
  - po amputacji kończyn dolnych/górnych od (wpisać rok)..... w obrębie .....
- b) dysfunkcję narządu wzroku
  - od (wpisać rok oraz ubytek wzroku)
    - oko lewe .....
    - oko prawe .....
- c) dysfunkcję narządu słuchu
  - od (wpisać rok oraz ubytek słuchu)
    - ucho lewe .....
    - ucho prawe .....
- d) dysfunkcję narządu mowy (opis zaburzenia) .....  
.....  
.....
- e) inne (jakie?) .....  
.....  
.....

Uzasadnienie wniosku, opis schorzenia

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

.....  
Pieczętka i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie

Powiatowe Centrum  
Pomocy Rodzinie  
w Mogilnie

.....  
data wpływu kompletnego wniosku (dzień, miesiąc, rok)

.....  
nr kolejny wniosku

## WNIOSEK

**o dofinansowanie\*/sfinansowanie\* zakupu urządzeń (wraz z montażem\*)  
lub wykonania usług\* z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się**

Wnioskodawca

..... syn/córka\* .....  
imię(imiona) i nazwisko ..... imię ojca

seria ..... Nr ..... wydany w dniu ..... przez .....  
dowód osobisty

nr PESEL .....

mięscowość ..... ulica ..... ...../  
adres stałego zameldowania ..... nr domu/nr lokalu

nr kodu ..... poczta ..... powiat .....

województwo ..... nr tel./faxu .....

Proszę o dofinansowanie\*/sfinansowanie\* .....

ogólny koszt realizacji zadania wynosi ..... zł

kwota dofinansowania ..... zł

(słownie ..... zł)

kwota wkładu własnego ..... zł

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

\* niepotrzebne skreślić

## Uzasadnienie składanego wniosku

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

### Informacje o Wnioskodawcy

#### I. Stopień niepełnosprawności \*

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

#### II. Rodzaj niepełnosprawności \*

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim, wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządu słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
punktacja (uwzględniająca stopień i rodzaj niepełnosprawności)	

#### III. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie członków gospodarstwa domowego (łącznie z Wnioskodawcą)

Imię i nazwisko - pokrewieństwo	niepełnosprawność		Dochód miesięczny netto (zł)
	stopień	rodzaj	

\* proszę wstawić X we właściwej rubryce

IV. Sytuacja zawodowa \*

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

V. Średni dochód miesięczny netto na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy (wypełnia pracownik Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie)

poniżej 100,00 zł	
101,00 – 200,00 zł	
201,00 – 300,00 zł	
301,00 – 400,00 zł	
401,00 – 500,00 zł	
501,00 – 600,00 zł	
601,00 – 700,00 zł	
701,00 – 800,00 zł	
Powyżej 800,00 zł	

VI. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON? *				Tak	Nie
Nr i data zawarcia umowy	Kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	Źródło

VII. Informacja o ewentualnym dofinansowaniu z innych źródeł, przeznaczonym na ten sam cel

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

Upředzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1,2,3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz.U.Nr 88, poz.553) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować.

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie moich danych osobowych niezbędnych do uzyskania dofinansowania (Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych).

.....  
 podpis Wnioskodawcy\*\*/Przedstawiciela Prawnego,  
 Opiekuna Prawnego/Pełnomocnika

\* właściwe zaznaczyć

\*\* niepotrzebne skreślić

**Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), Opiekun prawny lub Pełnomocnik**

..... syn/córka .....  
*imię(imiona) i nazwisko* *imię ojca*

seria..... nr ..... wydany w dniu ..... przez .....  
*dowód osobisty*

nr PESEL .....

miejsowość ..... ulica ..... /.....  
*adres stałego zameldowania* *nr domu/nr lokalu*

nr kodu ..... poczta ..... powiat .....

województwo ..... nr tel./faxu .....

ustanowiony Opiekunem\*/Pełnomocnikiem .....

\* postanowieniem Sądu Rejonowego ..... z dnia ..... sygn.akt. ....

\* na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza .....

z dnia ..... repet. nr .....

\* niepotrzebne skreślić

**Załączniki wymagane do wniosku**

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności
4. Zaświadczenia potwierdzające wysokość dochodów netto Wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą
5. Zaświadczenia kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy
6. Kopia decyzji o przyznaniu zasiłku pielęgnacyjnego, w przypadku jego pobierania
7. Kopia decyzji o przyznaniu świadczeń pomocy społecznej, jeśli takie występują
8. Oferta cenowa wnioskowanego sprzętu
9. Oświadczenie o posiadaniu 5% wkładu własnego

.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
Lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**  
wydane dla potrzeb PCPR w związku z likwidacją barier  
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko .....  
PESEL .....

Pacjent wymaga:

- a) likwidacji barier architektonicznych,
- b) likwidacji barier technicznych,
- c) likwidacji barier w komunikowaniu się.

Pacjent posiada:

- a) dysfunkcję narządu ruchu:
  - z koniecznością poruszania się za pomocą wózka inwalidzkiego od (wpisać rok) .....
  - z koniecznością poruszania się przy pomocy kul od (wpisać rok) .....
  - po amputacji kończyn dolnych/górnych od (wpisać rok)..... w obrębie .....
- b) dysfunkcję narządu wzroku
  - od (wpisać rok oraz ubytek wzroku)
    - oko lewe .....
    - oko prawe .....
- c) dysfunkcję narządu słuchu
  - od (wpisać rok oraz ubytek słuchu)
    - ucho lewe .....
    - ucho prawe .....
- d) dysfunkcję narządu mowy (opis zaburzenia) .....  
.....  
.....
- e) inne (jakie?) .....  
.....  
.....

Uzasadnienie wniosku, opis schorzenia

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

.....  
Pieczętka i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie

