

Zarządzenie Nr 11./2021
Starosty Powiatu Pultuskiego
z dnia 16.02.2021 r.

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

Na podstawie art. 34 ust. 1, art. 35 ust. 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2020 r. poz. 920), art. 35a ust.1 pkt 7 lit. a, c i d ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 426, z późn.zm.) oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015 r. poz. 926, z późn.zm.) zarządzam, co następuje:

§ 1.

Ustaliam zasady przyznawania dofinansowania do:

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

§ 2.

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

§ 3.

Traci moc zarządzenie nr 8/2020 z dnia 21 stycznia 2020 r. Starosty Pułtuskiego w sprawie zasad przyznawania dofinansowania do zaopatrzenia osób niepełnosprawnych w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, sprzętu rehabilitacyjnego, uczestnictwa w turnusach rehabilitacyjnych oraz likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych finansowanych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

§ 4.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

DYREKTOR
Powiatowego Centrum Pomocy
Rodzinie w Pułtuskach

Marta Moroza

16.02.21
sprawdz. pod wzgl. formalnoprawnym
RADCA PRAWNY

Jacek Godlewski
Nr WA - 5417

STAROSTA
STAROSTA

Jan Zalewski

**Zasady przyznawania dofinansowania do zaopatrzenia osób niepełnosprawnych
w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, sprzętu rehabilitacyjnego, turnusów
rehabilitacyjnych oraz likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się
i technicznych finansowanych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych.**

Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 426, z późn.zm.),
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 r. poz. 926, z późn.zm.),
3. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. Nr 230, poz. 1694, z późn.zm.).

§ 1.

DEFINICJE POJĘĆ

Ileokroć w zasadach jest mowa o:

1. Funduszu – należy przez to rozumieć Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON).
2. Osobie niepełnosprawnej – jest to osoba posiadająca orzeczenie o zakwalifikowaniu przez organy orzekające do jednego z trzech stopni niepełnosprawności określonych w art. 3 lub orzeczenie o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy na podstawie odrębnych przepisów, albo orzeczenie o niepełnosprawności wydane przed ukończeniem 16 roku życia.
3. Sprzęcie rehabilitacyjnym – jest to sprzęt niezbędny do prowadzenia zajęć rehabilitacyjnych w warunkach domowych, mających za zadanie osiągnięcie, przy aktywnym uczestnictwie osoby niepełnosprawnej, możliwie najwyższego poziomu jej funkcjonowania, poprawy jakości życia i integracji społecznej.
4. Przedmiotach ortopedycznych i środkach pomocniczych – są to wyroby medyczne wydawane na zlecenie, określone szczegółowo w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz. U. z 2019 r. poz. 1267, z późn.zm.).

5. Turnusie rehabilitacyjnym – jest to zorganizowana forma aktywnej rehabilitacji połączona z elementami wypoczynku. Jej celem jest ogólna poprawa psychicznej sprawności, rozwijanie kontaktów społecznych oraz realizacja i rozwój zainteresowań osoby niepełnosprawnej.
6. Barierah architektonicznych – są to wszelkie utrudnienia występujące w budynku i jego najbliższej okolicy, które ze względu na rozwiązania techniczne, konstrukcyjne lub warunki użytkowania uniemożliwiają lub w znacznym stopniu utrudniają swobodę ruchu osobom niepełnosprawnym.
7. Barierah w komunikowaniu się – są to ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji.
8. Barierah technicznych – to przeszkody utrudniające lub uniemożliwiające osobie niepełnosprawnej pokonywanie ograniczeń określonych w orzeczeniu o niepełnosprawności lub zaświadczeniu lekarskim.
9. Przeciętnym wynagrodzeniu – oznacza to przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce narodowej w poprzednim kwartale od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w formie komunikatu w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 53, z późn.zm.).
10. PCPR – Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Pułtuskach.
11. Komisji – należy przez to rozumieć Komisję ds. Opiniowania Wniosków o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych powołaną zarządzeniem Starosty Powiatu Pułtuskiego.

§ 2.

PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE

1. Osoba niepełnosprawna, zamieszkująca na terenie powiatu pułtuskiego może złożyć wniosek o dofinansowanie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze w każdym czasie, jednakże wnioski realizowane są zgodnie z datą wpływu do siedziby Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Pułtuskach do wyczerpania środków finansowych przyznanych na ten cel w roku bieżącym.
2. O dofinansowanie mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, jeżeli:
 - 1) otrzymały refundację z Narodowego Funduszu Zdrowia na wnioskowany przedmiot ortopedyczny lub środek pomocniczy na podstawie potwierdzonego zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne,

2) przedstawią fakturę lub fakturę proforma z wyszczególnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, limitem cenowym NFZ, kwotą udziału własnego i całkowitą ceną przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego,

3) w momencie zakupu przedmiotu dofinansowania i składania wniosku posiadają aktualne orzeczenie o niepełnosprawności.

3. O dofinansowanie ze środków Funduszu, zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane na podstawie odrębnych przepisów, mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności, których przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, nie przekracza kwoty:

1) 50% przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 426, z późn.zm.), zwanego dalej „przeciętnym wynagrodzeniem”, na osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą,

2) 65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej.

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

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

2) do 100% 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.

5. W przypadku, gdy liczba wniosków o dofinansowanie do zakupu aparatu słuchowego dla dorosłych osób niepełnosprawnych będzie przekraczała możliwość przyznania dofinansowania wszystkim Wnioskodawcom, wysokość dofinansowania ustala się na poziomie do 70% limitu Narodowego Funduszu Zdrowia.

6. W szczególnie uzasadnionych przypadkach na podstawie podania złożonego do Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Pułtusku, dofinansowanie do przedmiotów ortopedycznych lub środków pomocniczych może być ustalone na poziomie 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, (np.: dla osoby dorosłej mającej wadę słuchu od urodzenia/wczesnego dzieciństwa, osoby, u której stan zdrowia uległ znacznemu pogorszeniu

w wyniku nagłej choroby bądź wypadku). Decyzję o zwiększeniu dofinansowania podejmuje Dyrektor PCPR.

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

8. W przypadku osób przebywających w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej wysokość dofinansowania zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oblicza się przez odjęcie od uzyskanej sumy kwoty, o której mowa w ust. 2 pkt 2 lit. b, opłaty ryczałtowej i częściowej odpłatności do wysokości limitu ceny pokrywanej przez jednostkę organizacyjną pomocy społecznej.

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

10. Wniosek powinien zawierać dane:

1) imię, nazwisko, adres zamieszkania,

2) numer PESEL – w przypadku jego nadania,

3) przedmiot dofinansowania,

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

5) nazwę banku, numer rachunku bankowego oraz właściciela konta, na jakie mają być przekazane środki finansowe.

11. Do wniosku należy dołączyć:

1) aktualną 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 zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 426, z późn.zm.), a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 426, z późn.zm.), kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r.,

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

3) fakturę określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup,

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

5) podpisaną przez Wnioskodawcę klauzulę informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pułtuskach oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,

6) kopię postanowienia Sądu dotyczącą pełnienia funkcji opiekuna prawnego lub pełnomocnika notarialnego, oryginał do wglądu.

12. Środki finansowe Funduszu na dofinansowanie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze są przekazywane na podstawie faktury za zakup przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego, określającej kwotę opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, limitu cenowego NFZ, kwotę udziału własnego i całkowitą cenę przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego, wystawionej w roku kalendarzowym, w którym rozpatrywany jest wniosek (faktura korygująca jest akceptowalną formą).

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

14. Dofinansowaniu w bieżącym roku kalendarzowym, podlegają te przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, które zostały w nim zakupione.

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

§ 3.

SPRZĘT REHABILITACYJNY

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

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

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

2) przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał

poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, nie przekracza kwoty:

- 50% przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 426, z późn.zm.), zwanego dalej „przeciętnym wynagrodzeniem”, na osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą,

- 65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej,

3) zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu,

4) nie istnieją przeciwwskazania do korzystania z wnioskowanego przedmiotu.

3. O dofinansowanie do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego można ubiegać się jeden raz w roku.

4. Wysokość dofinansowania przysługuje do jednego sprzętu rehabilitacyjnego i wynosi do 80% wartości tego sprzętu.

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

1) imię, nazwisko, adres zamieszkania,

2) numer PESEL – w przypadku jego nadania,

3) przedmiot dofinansowania,

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

5) nazwę banku, numer rachunku bankowego oraz właściciela konta, na jakie mają być przekazane środki finansowe,

6) przewidywany koszt realizacji zadania, potwierdzony ofertą cenową,

7) wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków Funduszu.

6. Do wniosku, o który mowa w ust. 1 należy dołączyć:

1) aktualną 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 zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 426, z późn.zm.), a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 426, z późn.zm.), kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r.,

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

3) aktualne zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza specjalistę,

4) ofertę cenową dotyczącą wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego lub fakturę proforma,

- 5) podpisaną przez Wnioskodawcę klauzulę informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pułtuskach oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
 - 6) kopię postanowienia Sądu dotyczącą pełnienia funkcji opiekuna prawnego lub pełnomocnika notarialnego, oryginał do wglądu,
 - 7) w przypadku osób bezrobotnych lub poszukujących pracy zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy.
7. W terminie 30 dni od dnia złożenia kompletnego wniosku o dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny Komisja ds. Opiniowania Wniosków podejmuje decyzję o przyznaniu lub odmowie przyznania dofinansowania, o czym powiadamia Wnioskodawcę w terminie 7 dni od dnia rozpatrzenia kompletnego wniosku (z podaniem przyczyny ewentualnej odmowy).
8. Po przyznaniu środków na dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny Dyrektor Centrum działający z upoważnienia Starosty Pułtuskiego zawiera umowę z osobą niepełnosprawną lub jej przedstawicielem ustawowym, określającą w szczególności:
- 1) rodzaj zadania podlegającego dofinansowaniu,
 - 2) wysokość środków Funduszu przyznanych na realizację zadania,
 - 3) przedmiot dofinansowania,
 - 4) sposób przekazania dofinansowania,
 - 5) termin, zakres i sposób realizacji umowy.
9. Preferowane do dofinansowania są wnioski osób niepełnosprawnych pozostających w zatrudnieniu oraz te, które zwiększą szansę na podjęcie pracy w związku z uzyskanym dofinansowaniem.
10. Realizator programu oraz PFRON w każdym czasie obowiązywania umowy ma prawo przeprowadzenia kontroli wykorzystania dofinansowania, zgodnie z celami i zasadami programu oraz prawidłowości, rzetelności i zgodności ze stanem faktycznym danych zawartych w dokumentach, stanowiących podstawę przyznania i rozliczenia dofinansowania, a także wykonywania przez Beneficjenta zobowiązań określonych w niniejszej umowie. Beneficjent ma obowiązek udzielania wyjaśnień i pisemnych informacji w tym zakresie.
11. Wzór formularza wniosku o dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny stanowi załącznik nr 2 do niniejszych zasad.

§ 4.

TURNUSY REHABILITACYJNE

1. Turnusy rehabilitacyjne organizowane są dla następujących grup osób niepełnosprawnych:
 - 1) z dysfunkcją narządu ruchu, z wyłączeniem osób poruszających się na wózkach inwalidzkich,

- 2) z dysfunkcją narządu ruchu, osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich,
- 3) z dysfunkcją narządu słuchu,
- 4) z dysfunkcją narządu wzroku,
- 5) z upośledzeniem umysłowym,
- 6) z chorobą psychiczną,
- 7) z padaczką,
- 8) ze schorzeniami układu krążenia,
- 9) z innymi niż wymienione w pkt 1-8 dysfunkcjami lub schorzeniami.

2. Przy rozpatrywaniu wniosków o dofinansowanie bierze się pod uwagę stopień i rodzaj niepełnosprawności Wnioskodawcy oraz wpływ niepełnosprawności na możliwość realizacji przez Wnioskodawcę kontaktów społecznych w codziennym funkcjonowaniu oraz fakt niekorzystania dorosłych osób niepełnosprawnych z dofinansowania w ostatnim roku kalendarzowym.

3. Pierwszeństwo dofinansowania do uczestnictwa w turnusach rehabilitacyjnych mają w kolejności:

- a) osoby z orzeczoną niepełnosprawnością do 16 r.ż.,
- b) osoby niepełnosprawne od 16 do 24 r.ż. uczące się i niepracujące bez względu na stopień niepełnosprawności,
- c) osoby niepełnosprawne, które posiadają zaliczenie do znacznego stopnia niepełnosprawności lub równorzędne będące w zatrudnieniu lub gotowe podjąć pracę,
- d) osoby niepełnosprawne, które posiadają zaliczenie do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności lub równorzędne będące w zatrudnieniu lub gotowe podjąć pracę,
- e) osoby niepełnosprawne, które posiadają zaliczenie do znacznego stopnia niepełnosprawności lub równorzędne,
- f) osoby niepełnosprawne, które posiadają zaliczenie do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności lub równorzędne,
- g) osoby niepełnosprawne, z osiągniętym niskim dochodem, w ten sposób, że pierwszeństwo będą miały wnioski Wnioskodawców, u których wykazany dochód jest najniższy – w odniesieniu do danego stopnia niepełnosprawności,
- h) osoby niepełnosprawne, które posiadają zaliczenie do lekkiego stopnia niepełnosprawności lub równorzędne.

4. Osoba niepełnosprawna może, zgodnie z § 4 ust.1 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie turnusów rehabilitacyjnych, ubiegać się o dofinansowanie pod warunkiem, że:

- 1) została skierowana na turnus rehabilitacyjny na wniosek lekarza, pod opieką którego się

znajduje,

2) w roku, w którym ubiega się o dofinansowanie, nie uzyskała na ten cel dofinansowania ze środków Funduszu,

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

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

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

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

7) złoży oświadczenie o wysokości dochodu obliczonego zgodnie z art. 10e ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 426, z późn.zm.), wraz z informacją o liczbie osób we wspólnym gospodarstwie domowym,

8) w przypadku turnusu, którego program przewiduje także zabiegi fizjoterapeutyczne, przedstawi podczas pierwszego badania lekarskiego na turnusie zaświadczenie lekarskie o aktualnym stanie zdrowia, w szczególności o chorobie zasadniczej, uczuleniach i przyjmowanych lekach.

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

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

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

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

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

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

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

2) aktualną 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 zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 426, z późn.zm.), a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 426, z późn.zm.),

kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r.,

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

4) wniosek lekarza, pod którego opieką znajduje się osoba niepełnosprawna, o skierowanie na turnus rehabilitacyjny,

5) zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy, z którego wynika iż Wnioskodawca jest gotowy podjąć pracę,

6) podpisaną przez Wnioskodawcę klauzulę informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pułtuskach oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,

7) kopię postanowienia Sądu dotyczącą pełnienia funkcji opiekuna prawnego lub pełnomocnika notarialnego, oryginał do wglądu.

7. Osoby niepełnosprawne mogą ubiegać się o dofinansowanie do uczestnictwa w turnusie, jeżeli 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,

8. Wysokość dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego uzależniona jest od przeciętnego wynagrodzenia oraz stopnia niepełnosprawności i wynosi odpowiednio:

1) 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 niepracującej, bez względu na stopień niepełnosprawności,

2) 27% przeciętnego wynagrodzenia – dla osoby niepełnosprawnej z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności,

3) 25% przeciętnego wynagrodzenia – dla osoby niepełnosprawnej z lekkim stopniem niepełnosprawności,

4) 20% przeciętnego wynagrodzenia – dla opiekuna osoby niepełnosprawnej,

5) 20% przeciętnego wynagrodzenia – dla osoby niepełnosprawnej zatrudnionej w zakładzie pracy chronionej, niezależnie od posiadanego stopnia niepełnosprawności.

9. W przypadku znacznego niedoboru środków PFRON w danym roku kalendarzowym w stosunku do istniejących potrzeb, wysokość dofinansowania może zostać pomniejszona o 20%,

przysługującego dofinansowania osobie niepełnosprawnej.

10. PCPR rozpatruje wniosek w ciągu 30 dni od dnia złożenia kompletu dokumentów.

11. Osoba niepełnosprawna, w terminie 30 dni od otrzymania powiadomienia o przyznaniu dofinansowania, nie później jednak niż na 21 dni przed dniem rozpoczęcia turnusu rehabilitacyjnego, przekazuje do PCPR informację o wyborze turnusu, w którym będzie uczestniczyła.

12. Wzór formularza wniosku stanowi załącznik nr 3 do zasad.

§ 5.

LIKWIDACJA BARIER ARCHITEKTONICZNYCH, W KOMUNIKOWANIU SIĘ I TECHNICZNYCH

1. O dofinansowanie likwidacji barier mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne w zależności od potrzeb wynikających z niepełnosprawności, jeżeli ich realizacja umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub nawiązywanie kontaktów z otoczeniem.

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

3. Wnioski o dofinansowanie można składać w każdym czasie danego roku kalendarzowego, ale realizacja ich trwa do momentu wyczerpania środków finansowych PFRON przeznaczonych na ten cel.

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

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

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

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

1) imię, nazwisko, adres zamieszkania,

2) numer PESEL – w przypadku jego nadania,

3) przedmiot dofinansowania,

4) oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie

domowym,

5) nazwę banku, numer rachunku bankowego oraz właściciela konta, na jakie mają być przekazane środki finansowe,

6) miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania,

7) przewidywany koszt realizacji zadania,

8) termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania,

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

10) udokumentowaną informację o innych źródłach finansowania zadania,

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

12) wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków Funduszu.

8. Do wniosku należy dołączyć:

1) aktualną 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 zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 426, z późn.zm.), a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 426, z późn.zm.), kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r.,

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

3) podpisaną przez Wnioskodawcę klauzulę informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pułtuskach oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,

4) aktualne zaświadczenie lekarskie, wystawione przez lekarza specjalistę potwierdzające, że likwidacja barier jest uzasadniona potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności,

5) kopię postanowienia Sądu dotyczącą pełnienia funkcji opiekuna prawnego lub pełnomocnika notarialnego, oryginał do wglądu,

6) w przypadku osób bezrobotnych lub poszukujących pracy zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy,

7) ofertę cenową, pro formę,

8) w przypadku dzieci i młodzieży powyżej 10 r.ż. uczących się, zaświadczenie ze szkoły, Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej,

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

10) pisemną zgodę właściciela/li lub współwłaściciela/li budynku, w którym zamieszkuje stale Wnioskodawca na dostosowanie do potrzeb osoby z niepełnosprawnościami, jeżeli Wnioskodawca, nie jest właścicielem, w przypadku składania wniosku na bariery architektoniczne,

11) kosztorys, w przypadku składania wniosku na bariery architektoniczne,

12) szkice pomieszczeń, w których ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych, uwzględniając stan obecny oraz stan po likwidacji barier architektonicznych.

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

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

11. Umowa powinna zawierać:

1) oznaczenie stron umowy,

2) rodzaj zadania podlegającego dofinansowaniu,

3) wysokość środków Funduszu przyznanych na realizację zadania,

4) termin rozpoczęcia realizacji zadania,

5) zakres i sposób realizacji umowy,

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

7) warunki i termin wypowiedzenia umowy,

8) warunki rozwiązania umowy i zwrotu niewykorzystanych środków Funduszu,

9) sposób sprawowania kontroli wykorzystania środków Funduszu,

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

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

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

13. Środki finansowe są przekazywane przelewem na wskazany rachunek bankowy (sprzedawcy urządzeń, wykonawcy usług lub Wnioskodawcy), po przedłożeniu przez Wnioskodawcę następujących dokumentów, w ciągu 14 dni od dnia złożenia kompletu wymaganych dokumentów,

a w przypadku barier architektonicznych po złożeniu kompletu dokumentów i odbiorze:

1) oryginału faktury VAT lub rachunku wystawionego na Wnioskodawcę zgodnie z obowiązującymi przepisami,

2) dokumentu, z którego wynika kwota udziału własnego Wnioskodawcy.

14. Przekazanie środków finansowych poprzedza wizja lokalna pracowników PCPR, mająca na celu sprawdzenie wykonanych prac z warunkami zawartymi w umowie (dot. barier architektonicznych).

15. Termin płatności faktury VAT lub rachunku nie może być krótszy niż 14 dni.

16. W przypadku stwierdzenia usterek przy odbiorze zadania, przekazanie środków finansowych zostanie wstrzymane do momentu ich usunięcia przez Wnioskodawcę.

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

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

1) stopień i rodzaj niepełnosprawności,

2) warunki mieszkaniowe,

3) sytuację zawodową, uczęszczanie do szkoły (w tym wyższej),

4) prowadzenie gospodarstwa domowego samotnie lub z rodziną,

5) średni dochód na członka rodziny,

6) całkowity koszt zadania,

7) deklarowany udział własny wymagany min. 5%,

8) wartość zadania,

9) możliwość dofinansowania przez sponsora,

10) wcześniejsze korzystanie przez osobę niepełnosprawną ze środków Funduszu.

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

20. Realizator programu oraz PFRON w każdym czasie obowiązywania umowy ma prawo przeprowadzenia kontroli wykorzystania dofinansowania, zgodnie z celami i zasadami programu oraz prawidłowości, rzetelności i zgodności ze stanem faktycznym danych zawartych w dokumentach, stanowiących podstawę przyznania i rozliczenia dofinansowania, a także wykonywania przez Beneficjenta zobowiązań określonych w niniejszej umowie. Beneficjent ma obowiązek udzielania wyjaśnień i pisemnych informacji w tym zakresie.

21. Osoby niepełnosprawne, którym nie zostało przyznane dofinansowanie z powodu niewystarczającej wysokości środków Funduszu przeznaczonych na likwidację barier w roku

złożenia wniosku, powinni w następnym roku wystąpić o dofinansowanie ponownie, składając nowy wniosek i aktualizując wymagane załączniki.

I. Bariery architektoniczne:

1. O dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne mające trudności w poruszaniu się, zamieszkujące na terenie powiatu pułtuskiego, jeżeli są właścicielami nieruchomości lub użytkownikami wieczystymi albo posiadają zgodę właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego, w którym zamieszkują.
2. Problemy w poruszaniu się oraz zasadność dokonania likwidacji barier architektonicznych musi być potwierdzona zaświadczeniem lekarskim wystawionym przez lekarza specjalistę w przypadku, gdy dysfunkcja narządu ruchu lub wzroku nie jest przyczyną wydania orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności.
3. W przypadku ograniczonych środków finansowych PFRON w pierwszej kolejności rozpatrywane będą wnioski osób, które nie korzystały z dofinansowania na realizację zadania określonego we wniosku we wcześniejszych latach.
4. Dofinansowaniem ze środków Funduszu może być objęta likwidacja barier architektonicznych w budynkach już istniejących (bariery muszą istnieć, aby mogły zostać zlikwidowane). Dofinansowaniem nie może być objęte przystosowanie budynku nowo wybudowanego lub będącego w trakcie prac wykończeniowych chyba, że niepełnosprawność powstała nagle w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub choroby.
5. W przypadku, gdy liczba wniosków będzie przekraczała możliwość przyznania dofinansowania wszystkim Wnioskodawcom, maksymalna wysokość dofinansowania wynosić będzie do 80% wartości inwestycji, jednak nie więcej niż 10 000,00 zł, wymagany wkład własny, wynosić będzie minimum 20%.
6. Po wykonaniu zadania Wnioskodawca zobowiązany jest dostarczyć kosztorys powykonawczy, w którym uwzględnione będą wszystkie materiały i całkowity koszt wykonanego przedsięwzięcia.
7. Wniosek o dofinansowanie na likwidację barier architektonicznych stanowi załącznik nr 4 do zasad.

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

1. Katalog zawierający wykaz sprzętów, urządzeń, materiałów budowlanych, robót lub innych

czynności, jakie mogą być objęte w ramach dofinansowania likwidacji barier architektonicznych w szczególności obejmuje:

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

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

b) dostawa, zakup i montaż:

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

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

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

e) przystosowanie drzwi;

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

f) dostosowanie stolarki okiennej do samodzielnej obsługi przez osobę niepełnosprawną zamieszkującą z inną osobą niepełnosprawną lub samotnie,

g) wymianę wykładziny podłogowej (w miarę możliwości z podłożem), jeżeli stwarza trudności w poruszaniu się, w szczególności roboty izolacyjne podłóg, wykonanie podkładów i posadzki,

h) wykonanie przyłączy wodociągowych, kanalizacyjnych od sieci zewnętrznych (istniejącego pionu) do urządzeń sanitarnych oraz instalacji wodociągowej i kanalizacyjnej,

i) przystosowanie łazienki:

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

j) przystosowanie kuchni:

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

k) przystosowanie i wyposażenie pokoju dla osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich w wieku od 16 do 24 lat, uczących się oraz niepracujących, jeśli osoby te są w stanie wykorzystać dostosowanie mebli pokojowych do potrzeb swojej niepełnosprawności:

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

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

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

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

2) dla osób z dysfunkcją narządu wzroku:

a) dostawa, zakup i montaż poręczy i uchwyty w ciągach komunikacyjnych oraz uchwyty ułatwiających korzystanie z urządzeń higieniczno-sanitarnych,

b) roboty związane z likwidacją progów i likwidacji zróżnicowania poziomu podłogi,

c) wymianę wykładziny podłogowej (w miarę konieczności z podłożem), jeżeli stwarza trudności w poruszaniu się, w szczególności roboty izolacyjne podłóg, wykonanie podkładów i posadzki,

d) oznakowanie wyposażenia lokalu i ciągów komunikacyjnych różnym kolorem lub fakturą,

e) wykonanie dodatkowego oświetlenia w pomieszczeniu lub zmiana sposobu oświetlenia dla wnioskodawców z orzeczoną umiarkowaną i znaczną stopniem niepełnosprawności,

f) montaż zabezpieczenia wypełnienia skrzydła drzwi przed stłuczeniem lub wymiana skrzydła drzwi,

g) trwałe oznakowanie narożników budynku,

h) wprowadzenie oznakowania kolorystycznego fakturowego elementów pionowych i poziomych małej architektury oraz ograniczenia krawężnikami lub opaskami o odmiennej fakturowo lub kolorystycznie nawierzchni,

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

j) koszty wykonania robót budowlanych i materiałów budowlanych związanych z robotami wymienionymi w lit. od a) do i).

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

W uzasadnionych przypadkach, inne urządzenia i przedmioty, nie zawarte w katalogu (dla wszystkich dysfunkcji) mogą być dofinansowane po zatwierdzeniu przez Komisję.

III. Bariery w komunikowaniu się:

1. O dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się mogą ubiegać się osoby

niepełnosprawne, jeżeli ich realizacja umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych codziennych czynności lub nawiązywanie kontaktów z otoczeniem, jeżeli jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności.

2. Dofinansowanie nie obejmuje kosztów likwidacji barier poniesionych przed przyznaniem dofinansowania i podpisaniem umowy.

3. Dla osób z dysfunkcją narządu wzroku, słuchu oraz innymi schorzeniami jest możliwość dofinansowania zestawu komputerowego (np. laptop). Dofinansowanie jest przeznaczone w szczególności dla osób dorosłych pracujących, poszukujących pracy, posiadających znaczny bądź umiarkowany stopień niepełnosprawności, dla dzieci i młodzieży powyżej 10 r.ż., uczącej się.

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

5. Maksymalna kwota dofinansowania do zestawu komputerowego (np. laptop) wynosi do 95% wartości sprzętu nie więcej jednak niż 3 000,00 zł.

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

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

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

1) dla osób z dysfunkcją narządu wzroku:

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

b) zakup maszyny do pisania pismem Braille'a,

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

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

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

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

g) zakup urządzeń i materiałów do sporządzania napisów brajlowskich,

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

czterokończynowym),

i)urządzenia czytające,

j)synteзаторы mowy dla osób niewidomych,

k)notatniki i organizatory dla osób niewidomych.

2) dla osób z dysfunkcją narządu słuchu:

a) zakup i montaż specjalistycznej sygnalizacji świetlnej:

- wyposażenie dzwonka do drzwi w sygnalizację świetlną,

- wyposażenie aparatu telefonicznego w sygnalizację świetlną ,

- sygnalizatory optyczne do aparatów telefonicznych, tekstofonów, telefaksów i wideofonów,

- inne sygnalizatory optyczne zastępujące dźwięk,

b) zakup budzików świetlnych i wibracyjnych,

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

d)zakup i montaż wzmacniacza do aparatu telefonicznego,

e) zakup laryngofonu,

f) zakup przenośnych indywidualnych wzmacniaczy dźwięku, słuchawek, mini - pętli induktofonicznych,

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

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

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

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

k) zakup i montaż systemu wideodomofonowego,

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

m) zakup komunikatorów dla osób nie mówiących,

3) dla osób z wadą wzroku, słuchu oraz innymi schorzeniami:

a)zestaw komputerowy.

W uzasadnionych przypadkach, inne urządzenia i przedmioty, nie zawarte w katalogu (dla wszystkich dysfunkcji) mogą być dofinansowane po zatwierdzeniu przez Komisję ds. Opiniowania Wniosków.

V. Bariery techniczne:

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

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

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

1. Katalog zawierający wykaz sprzętów, urządzeń, robót lub innych czynności, jakie mogą być objęte w ramach dofinansowania likwidacji barier technicznych w szczególności obejmuje:

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

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

2) dla osób z dysfunkcją narządu wzroku:

- a) aparat lub urządzenie do wykrywania przeszkód,
- b) czasomierz (brajlowski, mówiący, z wyświetlaczem lub dużymi cyframi),
- c) termometr (brajlowski, mówiący lub o podwyższonym polu odczytu),
- d) pralka automatyczna z interfejsem dźwiękowym lub brajlowskim (dla osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności zamieszkałych samotnie lub z inną osobą niepełnosprawną o znacznym stopniu niepełnosprawności z tytułu narządu wzroku),
- e) zakup kuchni mikrofalowej oraz zakup i montaż kuchni elektrycznej w przypadku wyposażenia

lokalu w kuchnię węglową lub gazową w lokalu lub budynku mieszkalnym osoby niepełnosprawnej o znacznym stopniu niepełnosprawności,

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

W uzasadnionych przypadkach, inne urządzenia i przedmioty, nie zawarte w katalogu (dla wszystkich dysfunkcji) mogą być dofinansowane po zatwierdzeniu przez Komisję ds. Opiniowania Wniosków

§ 6.

POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Osoba niepełnosprawna może złożyć wniosek osobiście bądź przez ustanowionego notarialnie pełnomocnika lub osobę upoważnioną do składania oświadczeń woli, zgodnie z treścią wpisu w rejestrze sądowym. W imieniu małoletnich osób niepełnosprawnych wniosek składa przedstawiciel ustawowy.
2. Rozpatrzenie wniosków złożonych przed podziałem przez Radę Powiatu w Pułtuskach środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych nastąpi w terminie 14 dni od dnia uchwalenia podziału.
3. Pozostałe wnioski rozpatrywane będą z zachowaniem pkt 4.
4. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w terminie 10 dni od dnia złożenia wniosku o dofinansowanie informuje Wnioskodawcę o występujących we wniosku uchybieniach, które powinny zostać usunięte w terminie 30 dni. Nieusunięcie uchybień w wyznaczonym terminie powoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.
5. W przypadku, gdy PCPR powźmie wątpliwości co do podanych we wniosku danych, w szczególności co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, mających wpływ na przyznanie dofinansowania, wzywa Wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie, nie dłuższym niż 14 dni od dnia otrzymania wezwania, wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.
6. Podanie przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, co do okoliczności istotnych przy rozpatrywaniu wniosku, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania.
7. Od negatywnego rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie nie przysługuje odwołanie w rozumieniu Kodeksu Postępowania Administracyjnego.
8. PCPR w Pułtuskach zastrzega sobie prawo kontroli wykorzystania przedmiotu dofinansowania oraz prawidłowości, rzetelności i zgodności ze stanem faktycznym danych zawartych w dokumentach, stanowiących podstawę rozliczenia dofinansowania.

9. Pozostałe kryteria nie zawarte w niniejszych zasadach określa ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych i rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

STAROSTA

Jan Zalewski

DYREKTOR
Powiatowego Centrum Pomocy
Rodzinie w Pułtusku

Marta Moroza

sprawdz. pod wzgl. formalnoprawnym
P. A. B. C. - P. K. W. N. Y.

Jacek Godlewski
WI. WA - 5413



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

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

I. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Wartość
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	◆ miasto ◆ wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

II. DANE PODOPIECZNEGO

◆ Nie dotyczy

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	

DANE ADRESOWE

Nazwa pola	Wartość
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

OPIEKUN USTANOWIONY/USTANOWIONA

◆ Przedstawicielem ustawowym

◆ Opiekunem prawnym:

Nazwa pola	Wartość
Postanowieniem Sądu Rejonowego:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	

◆ Pełnomocnikiem, na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza:

Nazwa pola	Wartość
Imię i nazwisko:	

Z dnia:	
Repetitorium nr:	

III. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Wartość
Stopień niepełnosprawności:	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Znaczny ◆ Umiarkowany ◆ Lekki ◆ Nie dotyczy
Grupa inwalidzka:	<ul style="list-style-type: none"> ◆ I grupa ◆ II grupa ◆ III grupa ◆ Nie dotyczy
Niezdolność:	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji ◆ Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny ◆ Osoby całkowicie niezdolne do pracy ◆ Osoby częściowo niezdolne do pracy ◆ Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym ◆ Nie dotyczy
Osoby w wieku do 16 lat posiadające orzeczenie o niepełnosprawności:	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Tak ◆ Nie dotyczy

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- ◆ Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
- ◆ Inna dysfunkcja narządu ruchu
- ◆ Dysfunkcja narządu wzroku
- ◆ Dysfunkcja narządu słuchu i mowy
- ◆ Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)
- ◆ Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia
- ◆ Inny / jaki?

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

I. KOSZTY REALIZACJI Przedmiot

Nazwa pola	Wartość
Przedmiot wniosku:	
Numer zlecenia:	
Całkowity koszt zakupu:	
Dofinansowanie NFZ:	

Udział własny wnioskodawcy:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

II. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

- ◆ Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

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

- ◆ W kasie
- ◆ Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

RAZEM KWOTA WNISKOWANA

Nazwa pola	Wartość
Całkowity koszt zakupu	
Dofinansowanie NFZ	
Udział własny wnioskodawcy	
Wnioskowana kwota dofinansowania	

Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

OŚWIADCZENIE

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

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

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

Uprowadzony/uprowadzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r. poz. 1444, 1517.) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

Załącznik do wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

**Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych przez
Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pułtuskach oraz Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) dalej: RODO, informujemy, że:

- 1) Administratorem danych osobowych Wnioskodawców jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pułtuskach, ul. 3 Maja 20, 06-100 Pułtusk;
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@pcprpultusk.pl;
- 3) Administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe w celu rozpatrzenia złożonego wniosku dotyczącego rehabilitacji społecznej oraz programów finansowanych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Państwa dane osobowe są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, wynikającego z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, art. 6 ust. 1 lit. f) RODO, tj. ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony przed roszczeniami, art. 9 ust. 2 lit. b) RODO oraz przepisami ustaw szczególnych;
- 4) Dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora. Dane mogą zostać przekazane do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy al. Jana Pawła II nr 13, 00-828 Warszawa w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych;
- 5) Administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- 6) Mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

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

- 1) Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów archiwalnych. Okres przechowywania danych może zostać każdorazowo przedłużony o okres przedawnienia roszczeń, jeżeli przetwarzanie danych będzie niezbędne do dochodzenia roszczeń lub do obrony przed takimi roszczeniami przez administratora danych;
- 2) Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przeniesienia danych oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
- 3) Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do rozpatrzenia wniosku. Konsekwencją niepodania danych osobowych jest brak możliwości rozpatrzenia wniosku;
- 4) Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pułtuskach oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie w celach dotyczących realizacji zadań z zakresu rehabilitacji społecznej oraz programów finansowanych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

.....
(data i podpis osoby składającej oświadczenie)



WNIOSEK o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do sprzętu rehabilitacyjnego

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

I. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Wartość
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	◆ miasto ◆ wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

II. DANE PODOPIECZNEGO

◆ Nie dotyczy

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	

DANE ADRESOWE

Nazwa pola	Wartość
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

OPIEKUN USTANOWIONY/USTANOWIONA

◆ Przedstawicielem ustawowym

◆ Opiekunem prawnym:

Nazwa pola	Wartość
Postanowieniem Sądu Rejonowego:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	

◆ Pełnomocnikiem, na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza:

Nazwa pola	Wartość
Imię i nazwisko:	
Z dnia:	
Repetytorium nr:	

III. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Wartość
Stopień niepełnosprawności:	<ul style="list-style-type: none">◆ Znaczny◆ Umiarkowany◆ Lekki◆ Nie dotyczy
Grupa inwalidzka:	<ul style="list-style-type: none">◆ I grupa◆ II grupa◆ III grupa◆ nie dotyczy
Niezdolność:	<ul style="list-style-type: none">◆ Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji◆ Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny◆ Osoby całkowicie niezdolne do pracy◆ Osoby częściowo niezdolne do pracy◆ Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym◆ Nie dotyczy
Osoby w wieku do 16 lat posiadające orzeczenie o niepełnosprawności:	<ul style="list-style-type: none">◆ Tak◆ Nie dotyczy

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- ◆ Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
- ◆ Inna dysfunkcja narządu ruchu
- ◆ Dysfunkcja narządu wzroku
- ◆ Dysfunkcja narządu słuchu i mowy
- ◆ Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)
- ◆ Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia
- ◆ Inny / jaki?

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

I. KOSZTY REALIZACJI

Przedmiot

Nazwa pola	Wartość
Przedmiot wniosku:	
Całkowity koszt zakupu:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	
Udział własny wnioskodawcy (min.20%):	

II. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

◆ Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

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

- ◆ W kasie
- ◆ Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

OŚWIADCZENIE

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

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

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

Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r. poz. 1444,1517.) - 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.

Uzasadnienie potrzeby korzystania z wnioskowanego sprzętu

I. ZOBOWIĄZANIA

	TAK	NIE
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:		
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PCPR:		

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

Załącznik do wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do sprzętu rehabilitacyjnego.

**Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych przez
Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pułtuskach oraz Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) dalej: RODO, informujemy, że:

- 1) Administratorem danych osobowych Wnioskodawców jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pułtuskach, ul. 3 Maja 20, 06-100 Pułtusk;
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@pcprpultusk.pl;
- 3) Administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe w celu rozpatrzenia złożonego wniosku dotyczącego rehabilitacji społecznej oraz programów finansowanych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Państwa dane osobowe są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, wynikającego z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, art. 6 ust. 1 lit. f) RODO, tj. ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony przed roszczeniami, art. 9 ust. 2 lit. b) RODO oraz przepisami ustaw szczególnych;
- 4) Dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora. Dane mogą zostać przekazane do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy al. Jana Pawła II nr 13, 00-828 Warszawa w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych;
- 5) Administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- 6) Mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

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

- 1) Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów archiwalnych. Okres przechowywania danych może zostać każdorazowo przedłużony o okres przedawnienia roszczeń, jeżeli przetwarzanie danych będzie niezbędne do dochodzenia roszczeń lub do obrony przed takimi roszczeniami przez administratora danych;
- 2) Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przeniesienia danych oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
- 3) Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do rozpatrzenia wniosku. Konsekwencją niepodania danych osobowych jest brak możliwości rozpatrzenia wniosku;
- 4) Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pułtuskach oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie w celach dotyczących realizacji zadań z zakresu rehabilitacji społecznej oraz programów finansowanych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

.....
(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

1. Wnioskodawca:

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

2. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji*:

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

3. Czy zaleca się zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny?

- Tak
- Nie

.....
(pełna nazwa sprzętu)

* zaznaczyć właściwe

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(pieczęć i podpis lekarza specjalisty)

**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 albo nr dokumentu tożsamości.....

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.

** Właściwie zaznaczyć.

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

Wypełnia PCPR

.....
(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

Data urodzenia

Ustanowiony przedstawicielem*/opiekunem*/pełnomocnikiem*:

Postanowieniem Sądu Rejonowego

z dnia..... sygn. akt

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza.....

z dnia..... repet.nr

.....
data

.....
podpis przedstawiciela ustawowego* opiekuna
prawnego*pełnomocnika*

* Właściwe zaznaczyć.

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)

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

Załącznik do wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.

**Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych przez
Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pułtuskach oraz Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) dalej: RODO, informujemy, że:

- 1) Administratorem danych osobowych Wnioskodawców jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pułtuskach, ul. 3 Maja 20, 06-100 Pułtusk;
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@pcprpultusk.pl;
- 3) Administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe w celu rozpatrzenia złożonego wniosku dotyczącego rehabilitacji społecznej oraz programów finansowanych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Państwa dane osobowe są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, wynikającego z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, art. 6 ust. 1 lit. f) RODO, tj. ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony przed roszczeniami, art. 9 ust. 2 lit. b) RODO oraz przepisami ustaw szczególnych;
- 4) Dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora. Dane mogą zostać przekazane do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy al. Jana Pawła II nr 13, 00-828 Warszawa w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych;
- 5) Administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- 6) Mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

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

- 1) Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów archiwalnych. Okres przechowywania danych może zostać każdorazowo przedłużony o okres przedawnienia roszczeń, jeżeli przetwarzanie danych będzie niezbędne do dochodzenia roszczeń lub do obrony przed takimi roszczeniami przez administratora danych;
- 2) Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przeniesienia danych oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
- 3) Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do rozpatrzenia wniosku. Konsekwencją niepodania danych osobowych jest brak możliwości rozpatrzenia wniosku;
- 4) Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pułtuskach oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie w celach dotyczących realizacji zadań z zakresu rehabilitacji społecznej oraz programów finansowanych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

.....
(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

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

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko

PESEL albo nr dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania*

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji: **

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

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie:**

- NIE
 - TAK – uzasadnienie
-
.....
.....
.....

Uwagi:

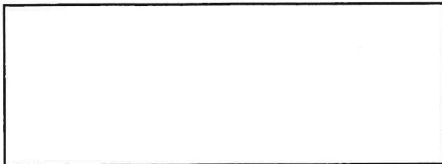
.....
.....
.....

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

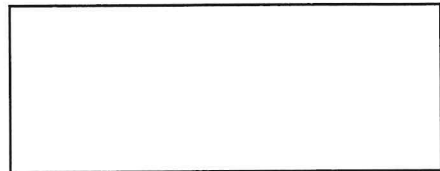
** Właściwe zaznaczyć

.....
(data)

.....
(pieczęćka i podpis lekarza)



pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek



data wpływu kompletnego wniosku

...../ 161 /

nr kolejny wniosku / powiat / rok złożenia wniosku

W N I O S E K

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

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

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

I. Dane personalne osoby z niepełnosprawnością

.....
imię i nazwisko

PESEL

II. Adres zamieszkania osoby z niepełnosprawnością

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

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

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

.....
imię i nazwisko PESEL

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

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

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

Ustanowiony/a

Przedstawicielem ustawowym*

Opiekunem prawnym*

Postanowieniem Sądu Rejonowego..... z dn..... sygn. akt.....

Pełnomocnikiem*

na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza

z dn. repet. nr

* zaznaczyć właściwe

.....
(miejsce i data)

.....
(podpis)

V. Wniosek składam

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

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

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

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

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

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:.....

VIII. Sytuacja zawodowa

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

* zaznaczyć właściwe

IX. Rodzaj niepełnosprawności (zaznaczyć X)
ORZECZENIE: CZASOWE **do dnia**, **STAŁE**

1. Dysfunkcja narządów ruchu:	
a) poruszam się na wózku inwalidzkim	
b) poruszam się o kulach	
c) poruszam się przy balkoniku	
d) wrodzony brak lub amputacja dłoni lub rąk	
e) inna dysfunkcja narządu ruchu (jaka)	
2. Dysfunkcja narządów wzroku	
3. Dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
4. Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
5. Niepełnosprawność ogólnego stan zdrowia	
6. Inny/jaki?	

X. Stopień niepełnosprawności

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

Część B: DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI MIESZKANOWEJ**I. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku/mieszkania, w którym będą przeprowadzone prace związane z likwidacją barier:**

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

W mieszkaniu znajduje się:	TAK	NIE
kuchnia		
pokoje mieszkalne: ile?		
WC- odrębne		
instalacja zimnej wody		
instalacja ciepłej wody		
kanalizacja		
centralne ogrzewanie		
łazienka		

wanna		
kabina prysznicowa		
sedes		
umywalka		

Inne informacje o warunkach lokalowych:

Część C: DANE DOTYCZĄCE PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA

I. Przedmiot dofinansowania

- wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:

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

- miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania

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

- przewidywany termin rozpoczęcia i czas realizacji zadania

.....

- opis stanu istniejącego (opis barier architektonicznych jakie występują w miejscu zamieszkania Wnioskodawcy)

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

- uzasadnienie likwidacji barier w odniesieniu do potrzeby wynikającej z rodzaju niepełnosprawności (opisać w jaki sposób zlikwidowane bariery umożliwią lub ułatwią wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem)

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

przewidywany koszt realizacji zadania zł,

deklarowany udział wkładu własnego (min. 5%) zł,

wnioskowana kwota dofinansowania (max.95% kosztu realizacji zadania) zł.

II. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania:

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

OŚWIADCZENIA:

1. Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r.- Kodeks Karny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444, z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
 2. W ciągu ostatnich 3 lat byłem/ byłam stroną umowy zawartej ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: tak nie
 3. Posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach zadania: tak nie
 4. Posiadam wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak nie
 5. Posiadam wymagalne zobowiązania wobec PCPR: tak nie
- Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:

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

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.

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

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

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

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

.....
miejscowość, data

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

*niepotrzebne skreślić

Procedury dotyczące przyznania dofinansowania likwidacji barier architektonicznych:

O dofinansowanie ze środków PFRON na likwidację barier architektonicznych, mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, które mają trudności w poruszaniu się, jeżeli są właścicielami nieruchomości albo posiadają zgodę właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego, w którym stale zamieszkują, a realizacja zadania umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobom niepełnosprawnym wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem.

Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i podpisaniem umowy.

Wnioski na dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych rozpatrywane są przez Komisję ds. Opiniowania Wniosków.

W przypadku likwidacji barier architektonicznych istnieje konieczność przeprowadzenia wizji lokalnej w miejscu stałego zamieszkania osoby niepełnosprawnej.

Podstawę dofinansowania stanowi umowa zawarta pomiędzy Starostą a osobą niepełnosprawną lub jej przedstawicielem.

OŚWIADCZENIE

Ja.....

PESEL.....

zam.....

.....

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

Właściciel konta (imię i nazwisko).....

Nazwa banku.....

Numer rachunku bankowego.....

.....

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

Pułtusk, dnia.....

.....

Podpis oświadczającego

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a... ..

zam.

PESEL

.....

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

że

.....

.....

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

Pułtusk, dnia

.....

(podpis oświadczającego)

Art. 233 KK „Kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie umowy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat.”

KOSZTORYS

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

Pani/Pana

zam. :

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

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

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

.....

KOSZTORYS POWYKONAWCZY

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

Pani/Pana

zam.:

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

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

Lp.	Zestawienie kosztów likwidacji barier architektonicznych	Wartość brutto
1.		
2.		
RAZEM		

.....

Załącznik do wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych.

**Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych przez
Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pułtuskach oraz Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) dalej: RODO, informujemy, że:

- 1) Administratorem danych osobowych Wnioskodawców jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pułtuskach, ul. 3 Maja 20, 06-100 Pułtusk;
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@pcprpultusk.pl;
- 3) Administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe w celu rozpatrzenia złożonego wniosku dotyczącego rehabilitacji społecznej oraz programów finansowanych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Państwa dane osobowe są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, wynikającego z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, art. 6 ust. 1 lit. f) RODO, tj. ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony przed roszczeniami, art. 9 ust. 2 lit. b) RODO oraz przepisami ustaw szczególnych;
- 4) Dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora. Dane mogą zostać przekazane do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy al. Jana Pawła II nr 13, 00-828 Warszawa w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych;
- 5) Administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- 6) Mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

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

- 1) Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów archiwalnych. Okres przechowywania danych może zostać każdorazowo przedłużony o okres przedawnienia roszczeń, jeżeli przetwarzanie danych będzie niezbędne do dochodzenia roszczeń lub do obrony przed takimi roszczeniami przez administratora danych;
- 2) Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przeniesienia danych oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
- 3) Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do rozpatrzenia wniosku. Konsekwencją niepodania danych osobowych jest brak możliwości rozpatrzenia wniosku;
- 4) Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pułtuskach oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie w celach dotyczących realizacji zadań z zakresu rehabilitacji społecznej oraz programów finansowanych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

.....
(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

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

.....
miejscowość i data

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

1. Wnioskodawca

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

PESEL

2. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji*:

dysfunkcja narządu ruchu

dysfunkcja narządu słuchu

dysfunkcja narządu wzroku

upośledzenie umysłowe

choroba psychiczna

epilepsja

schorzenie układu krążenia

schorzenie neurologiczne

inne (jakie?).....

* zaznaczyć właściwe

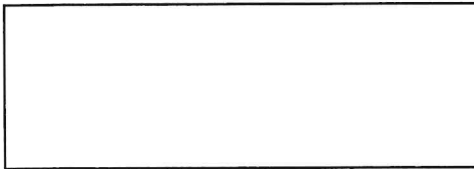
3. Zaleca się likwidację barier architektonicznych poprzez:

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

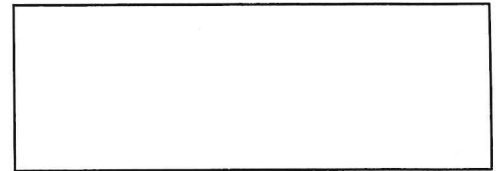
4. Uzasadnienie konieczności likwidacji barier architektonicznych:

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

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



pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek



data wpływu kompletnego wniosku

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

W N I O S E K

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

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

I. Dane personalne osoby z niepełnosprawnością

.....
imię i nazwisko

PESEL

II. Adres zamieszkania osoby z niepełnosprawnością

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

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

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

.....
imię i nazwisko PESEL

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

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

nr telefonu..... e-mail

Ustanowiony/a

Przedstawicielem ustawowym*

Opiekunem prawnym*

Postanowieniem Sądu Rejonowego..... z dn..... sygn. akt.....

Pełnomocnikiem*

na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza

z dn. repet. nr

* zaznaczyć właściwe

.....
(miejsce i data)

.....
(podpis)

V. Stopień niepełnosprawności (zaznaczyć „X”)

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

VI. Rodzaj niepełnosprawności

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

VII. Sytuacja zawodowa

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

* zaznaczyć właściwe

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

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

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:.....

IX. Korzystanie ze środków finansowych PFRON:

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

Część B: INFORMACJE O PRZEDMIOCIE WNIOSKU

I. Przedmiot wniosku, cel dofinansowania:

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

przewidywany koszt realizacji zadania zł,

deklarowany udział wkładu własnego (min. 5%) zł,

wnioskowana kwota dofinansowania (max.95% kosztu realizacji zadania) zł.

Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania:.....

.....

Uzasadnienie

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

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

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

miejsce realizacji zadania:.....

termin rozpoczęcia:.....

przewidywany czas realizacji:.....

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

OŚWIADCZENIA:

1. Upředzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1,2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r.- Kodeks Karny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444, z późn. zm.), oświadczam,, że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

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

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

4. Posiadam wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak nie

5. Posiadam wymagalne zobowiązania wobec PCPR: tak nie

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

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

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.

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

Oświadczam, że zostałem/am pouczone iż dofinansowaniu nie podlegają: zakup towarów i usług dokonane przed podpisaniem umowy z Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Pułtusk.

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

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

.....
miejsowość, data

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

**niepotrzebne skreślić*

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja.....

PESEL.....

zam.....

.....

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

Właściciel konta (imię i nazwisko).....

Nazwa banku.....

Numer rachunku bankowego.....

.....

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

Pułtusk, dnia.....

.....

Podpis oświadczającego

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a.....

zam.

PESEL

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

.....

.....

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

Pułtusk, dnia

.....

(podpis oświadczającego)

Art. 233 KK „Kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie umowy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat”.

Załącznik do wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się.

**Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych przez
Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pułtuskach oraz Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) dalej: RODO, informujemy, że:

- 1) Administratorem danych osobowych Wnioskodawców jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pułtuskach, ul. 3 Maja 20, 06-100 Pułtusk;
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@pcprpultusk.pl;
- 3) Administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe w celu rozpatrzenia złożonego wniosku dotyczącego rehabilitacji społecznej oraz programów finansowanych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Państwa dane osobowe są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, wynikającego z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, art. 6 ust. 1 lit. f) RODO, tj. ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony przed roszczeniami, art. 9 ust. 2 lit. b) RODO oraz przepisami ustaw szczególnych;
- 4) Dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora. Dane mogą zostać przekazane do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy al. Jana Pawła II nr 13, 00-828 Warszawa w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych;
- 5) Administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- 6) Mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

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

- 1) Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów archiwalnych. Okres przechowywania danych może zostać każdorazowo przedłużony o okres przedawnienia roszczeń, jeżeli przetwarzanie danych będzie niezbędne do dochodzenia roszczeń lub do obrony przed takimi roszczeniami przez administratora danych;
- 2) Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przeniesienia danych oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
- 3) Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do rozpatrzenia wniosku. Konsekwencją niepodania danych osobowych jest brak możliwości rozpatrzenia wniosku;
- 4) Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pułtusku oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie w celach dotyczących realizacji zadań z zakresu rehabilitacji społecznej oraz programów finansowanych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

.....
(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

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

.....
miejsowość i data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
WYDANE DLA POTRZEB POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE W PUŁTUSKU
W CELU LIKWIDACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ
ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB
NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

1. Wnioskodawca:

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

2. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji*:

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

* zaznaczyć właściwe

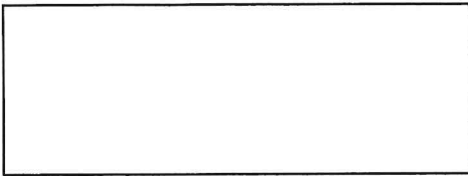
3. Zaleca się likwidację barier w komunikowaniu się poprzez:

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

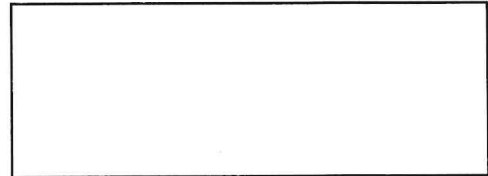
4. Uzasadnienie konieczności likwidacji barier w komunikowaniu się:

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

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



pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek



data wpływu kompletnego wniosku

...../ 161 /

nr kolejny wniosku /powiat / rok złożenia wniosku

W N I O S E K

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

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

I. Dane personalne osoby z niepełnosprawnością

.....
imię i nazwisko

PESEL

II. Adres zamieszkania osoby z niepełnosprawnością

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

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

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

.....
imię i nazwisko PESEL

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

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

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

Ustanowiony/a

Przedstawicielem ustawowym*

Opiekunem prawnym*

Postanowieniem Sądu Rejonowego..... z dn..... sygn. akt.....

Pełnomocnikiem*

na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza

z dn. repet. nr

* zaznaczyć właściwe

.....
(miejsce i data)

.....
(podpis)

V. Stopień niepełnosprawności (zaznaczyć „X”)

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

VI. Rodzaj niepełnosprawności

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

VII. Sytuacja zawodowa

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

* zaznaczyć właściwe

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

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

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, 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:.....

IX. Korzystanie ze środków finansowych PFRON:

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

Część B: INFORMACJE O PRZEDMIOCIE WNIOSKU

I. Przedmiot wniosku, cel dofinansowania:

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

przewidywany koszt realizacji zadania zł,

deklarowany udział wkładu własnego (min. 5%) zł,

wnioskowana kwota dofinansowania (max.95% kosztu realizacji zadania) zł.

Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania:.....

.....

Uzasadnienie

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

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

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

miejsce realizacji zadania:.....

termin rozpoczęcia:.....

przewidywany czas realizacji:.....

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

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

OŚWIADCZENIA:

1. Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1,2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r.- Kodeks Karny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444, z późn. zm.), oświadczam,, że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

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

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

4. Posiadam wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak nie

5. Posiadam wymagalne zobowiązania wobec PCPR: tak nie

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

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

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.

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

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

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

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

.....
miejscowość, data

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

**niepotrzebne skreślić*

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja.....

PESEL.....

zam.....

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

Właściciel konta (imię i nazwisko).....

Nazwa banku.....

Numer rachunku bankowego.....

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

Pułtusk, dnia.....

.....
Podpis oświadczającego

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a

zam.

PESEL

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

.....

.....

.....

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

Pułtusk, dnia

.....

(podpis oświadczającego)

Art. 233 KK „Kto, składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie umowy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.

Załącznik do wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych.

**Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych przez
Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pułtuskach oraz Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) dalej: RODO, informujemy, że:

- 1) Administratorem danych osobowych Wnioskodawców jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pułtuskach, ul. 3 Maja 20, 06-100 Pułtusk;
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@pcprpultusk.pl;
- 3) Administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe w celu rozpatrzenia złożonego wniosku dotyczącego rehabilitacji społecznej oraz programów finansowanych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Państwa dane osobowe są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, wynikającego z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, art. 6 ust. 1 lit. f) RODO, tj. ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony przed roszczeniami, art. 9 ust. 2 lit. b) RODO oraz przepisami ustaw szczególnych;
- 4) Dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora. Dane mogą zostać przekazane do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy al. Jana Pawła II nr 13, 00-828 Warszawa w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych;
- 5) Administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- 6) Mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

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

- 1) Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów archiwalnych. Okres przechowywania danych może zostać każdorazowo przedłużony o okres przedawnienia roszczeń, jeżeli przetwarzanie danych będzie niezbędne do dochodzenia roszczeń lub do obrony przed takimi roszczeniami przez administratora danych;
- 2) Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przeniesienia danych oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
- 3) Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do rozpatrzenia wniosku. Konsekwencją niepodania danych osobowych jest brak możliwości rozpatrzenia wniosku;
- 4) Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pułtuskach oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie w celach dotyczących realizacji zadań z zakresu rehabilitacji społecznej oraz programów finansowanych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

.....
(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

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

.....
miejsowość i data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
WYDANE DLA POTRZEB POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE W PUŁTUSKU
W CELU LIKWIDACJI BARIER TECHNICZNYCH
ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB
NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

1. Wnioskodawca:

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

2. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji*:

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

* zaznaczyć właściwe

3. Zaleca się likwidację barier technicznych poprzez:

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

4. Uzasadnienie konieczności likwidacji barier technicznych:

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

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

