

**Zasady udzielania dofinansowania
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne
i środki pomocnicze**

§ 1

Tryb postępowania i zasady dofinansowania zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane osobom niepełnosprawnym reguluje rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 roku w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON (tekst jednolity Dz. U. z 2015 roku poz. 926).

§ 2

Dofinansowaniu ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, będących w dyspozycji Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku będą podlegały przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze zakupione w roku bieżącym oraz w roku poprzednim.

§ 3

Wysokość przyznawanych dofinansowań do zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych wynosić będzie do 80% sumy limitu i udziału własnego osoby niepełnosprawnej (jeżeli cena zakupu jest wyższa niż limit ustalony przez ministra właściwego do spraw zdrowia) z tym, że:

1. W przypadku jeżeli dochód wnioskodawcy **zamieszkującego z rodziną** przekroczy 30 % przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w art. 2 pkt 4 ustawy, zwanego dalej „przeciętnym wynagrodzeniem”, na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym - maksymalna kwota przyznanych środków nie może przekroczyć 60% sumy kwoty limitu oraz wymaganego udziału własnego osoby niepełnosprawnej w zakupie tych przedmiotów i środków;
2. W przypadku jeżeli dochód wnioskodawcy **zamieszkującego samotnie** przekroczy 40 % przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w art. 2 pkt 4 ustawy, zwanego dalej „przeciętnym wynagrodzeniem”- maksymalna kwota przyznanych środków nie może przekroczyć 60% sumy kwoty limitu oraz wymaganego udziału własnego osoby niepełnosprawnej w zakupie tych przedmiotów i środków.

§ 4

W szczególnie uzasadnionych przypadkach, oceniając sytuację społeczną osoby niepełnosprawnej i jej potrzeby w zakresie zaopatrzenia ortopedycznego, dofinansowanie może zostać przyznane w innej wysokości niż określa to § 3, jednak nie wyższej niż dopuszcza to § 13 ust. 2 pkt 2 lit. b rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z

roku w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON (tekst jednolity Dz. U. z 2015 roku poz. 926).

§ 5

Wnioski o dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny rozpatrywane będą przez Komisję do spraw rozpatrywania wniosków o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, powołaną przez Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku.

DYREKTOR
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Słupsku


mgr Urszula Dąbrowska

**Zasady udzielania dofinansowania ze środków PFRON
do likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych,
w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych**

§ 1

1. Celem niniejszych zasad jest dostarczenie podstawowych informacji, ułatwiających wnioskodawcom właściwe przygotowanie wniosków o udzielenie dofinansowania likwidacji barier oraz jednolite, kompleksowe traktowanie zagadnień związanych z ich realizacją.
2. Przez bariery architektoniczne należy rozumieć wszelkie utrudnienia występujące w budynku i w jego najbliższej okolicy, które ze względu na rozwiązania techniczne, konstrukcyjne lub warunki użytkowania uniemożliwiają lub utrudniają swobodę ruchu osobom niepełnosprawnym.
3. Dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych może zostać przyznane osobom ze znacznym i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności oraz niepełnosprawnym dzieciom do 16 roku życia, w przypadku, gdy przyczyną niepełnosprawności określoną w orzeczeniu jest dysfunkcja narządu ruchu (05-R) lub choroba neurologiczna (10-N) i które poruszają się na wózku inwalidzkim lub przy pomocy przedmiotów ortopedycznych oraz posiadają stałe zameldowanie w budynku lub lokalu mieszkalnym, w którym ma zostać przeprowadzona likwidacja barier architektonicznych.
4. W przypadku osób nie posiadających w orzeczeniu informacji o przyczynie niepełnosprawności, do wniosku należy przedłożyć zaświadczenie lekarza specjalisty potwierdzające występowanie dysfunkcji narządu ruchu lub choroby neurologicznej.
5. Przez bariery w komunikowaniu się należy rozumieć ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się lub przekazywanie informacji.
6. Przez bariery techniczne należy rozumieć bariery utrudniające lub uniemożliwiające osobie niepełnosprawnej funkcjonowanie społeczne. Likwidacja tej bariery powinna powodować sprawniejsze działanie tej osoby w społeczeństwie i umożliwić jej funkcjonowanie w życiu codziennym.
7. W przypadku, gdy Centrum poweźmie wątpliwości w sprawie przyznawanego dofinansowania, w szczególności, co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, mające wpływ na wysokość dofinansowania, powiadamia wnioskodawcę o konieczności złożenia w wyznaczonym terminie, nie dłuższym niż 14 dni od dnia otrzymania wezwania, wyjaśnień w sprawie lub dostarczenie niezbędnych dokumentów.
8. Możliwe jest zawieranie umów w zakresie likwidacji barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się tylko w okresie roku budżetowego, w którym przewidziano dofinansowanie z limitu środków finansowych przeznaczonych na likwidację barier.
9. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.
10. Dofinansowaniem ze środków Funduszu może zostać objęta likwidacja barier architektonicznych w budynkach już istniejących.

11. Dofinansowaniem ze środków Funduszu nie może być objęte dostosowanie budynku nowo wybudowanego lub będącego w trakcie prac wykończeniowych. Za budynek nowo wybudowany uważa się budynek do 5 lat od daty odbioru budynku, czyli akceptacji przez właściwy urząd zawiadomienia o zakończeniu budowy i przystąpieniu do użytkowania obiektu budowlanego. Jeżeli niepełnosprawność powstała po odbiorze budynku i nie można było jej przewidzieć, to istnieje wyjątek od wyżej wymienionej zasady.
12. W ramach likwidacji barier architektonicznych dofinansowaniu nie podlegają roboty o charakterze remontowo-wykończeniowym oraz roboty związane z bieżącym remontem pomieszczenia (np. wymiana instalacji elektrycznej, kanalizacyjnej, wodociągowej i centralnego ogrzewania, wykonanie podwieszanego sufitu, roboty malarskie, ułożenia płytek ściennych na całej powierzchni ścian, wykonania gładzi, itp.).
13. Przy sporządzaniu kosztorysu dotyczącego likwidacji barier należy uwzględnić wyłącznie roboty budowlane związane z usuwaniem tych barier architektonicznych tj. utrudnień dla osób niepełnosprawnych występujące w budynkach, które ze względu na rozwiązania techniczne lub warunki użytkowania utrudniają lub uniemożliwiają swobodę ruchu osobom niepełnosprawnym.

§ 2

1. W ramach likwidacji barier architektonicznych, w zależności od potrzeb wynikających z niepełnosprawności, możliwe jest dofinansowanie następującego zakresu robót:
 - 1) budowa pochylni i dojścia do budynku mieszkalnego, zapewniającego osobom niepełnosprawnym poruszającym się na wózku samodzielny dostęp do lokalu,
 - 2) zakup i montaż:
 - podnośnika sufitowego,
 - platformy schodowej,
 - windy przyściennej,
 - innych urządzeń do transportu pionowego (wymagającego montażu związanego z robotami budowlanymi),
 - 3) zakup i montaż poręczy i uchwytów w ciągach komunikacyjnych,
 - 4) roboty polegające na :
 - likwidacji progów,
 - likwidacji zróżnicowania poziomu podłóg,
 - 5) przystosowanie drzwi:
 - zakup i montaż drzwi wejściowych o szerokości w świetle ościeżnicy co najmniej 90 cm, w pozostałych (wewnętrznych) – co najmniej 80 cm,
 - zakup i montaż zabezpieczenia drzwi (do wysokości 40 cm od podłogi) przed uszkodzeniami mechanicznymi i zainstalowanie ościeżnicy stalowej wyłącznie wnioskodawcom poruszającym się na wózkach inwalidzkich,
 - zakup i montaż okuć do drzwi balkonowych i okien, umożliwiające ich samodzielną obsługę przez osobę poruszającą się na wózku inwalidzkim, gdy montaż okuć ze względu na stan techniczny okien i drzwi balkonowych jest możliwy (w kuchni i jednym pokoju, wybranym przez wnioskodawcę),
 - 6) przystosowanie wyposażenia kuchni do samodzielnej obsługi przez osobę niepełnosprawną, w tym:
 - zakup i montaż ruchomych półek oraz pojemników na specjalnych prowadnicach,

- zakup i montaż zawiasów umożliwiających otwieranie drzwiczek pod kątem większym niż 90 stopni (maksymalnie do 170),
 - zakup i montaż zatrzasków magnetycznych.
- 7) wyrównanie nawierzchni chodnika w pobliżu wjazdu na pochylnię oraz wyrównanie nawierzchni chodnika umożliwiającego dojście do budynku od wejścia na posesję (wylewka betonowa lub kostka brukowa),
 - 8) przystosowanie istniejących pomieszczeń higienicznosanitarnych do potrzeb osoby niepełnosprawnej, w tym:
 - ułożenie wykładziny lub terakoty antypoślizgowej,
 - ułożenie glazury w obrębie miejsca natryskowego i umywalki,
 - wykonanie miejsca natryskowego (kratka odpływowa ze spadkiem) lub montaż brodzika bezprogowego z drążkiem i zasłoną prysznicową,
 - montaż uchwytów przy urządzeniach higienicznosanitarnych,
 - montaż siedziska w miejscu natryskowym,
 - montaż umywalki dla osób niepełnosprawnych (z wyprofilowaną wklęsłą przednią krawędzią) z osprzętem,
 - montaż miski ustępowej dla osób niepełnosprawnych z instalacją splukującą.
2. W uzasadnionych przypadkach dofinansowaniem mogą być objęte roboty, materiały i urządzenia z zakresu likwidacji barier architektonicznych nie wymienione w § 2, ponieważ różnorodność obiektów pod względem architektury, konstrukcji, usytuowania, stanu technicznego i występujących w nich barier sprawia, że rozwiązania projektowe powinny mieć charakter indywidualny. Rozwiązania określone w niniejszych zasadach należy traktować jako przykładowe. Rozszerzanie lub zawężanie zakresów powinno wynikać z konkretnych i uzasadnionych potrzeb.
 3. W uzasadnionych przypadkach dofinansowanie mogą uzyskać osoby nie wymienione w § 1 ust. 3 pod warunkiem, że będzie to podyktowane potrzebami wnioskodawcy wynikającymi z niepełnosprawności w zakresie likwidacji barier architektonicznych.
 4. Przy rozpatrywaniu wniosku o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych oraz określeniu zakresu robót i dofinansowania bierze się pod uwagę:
 - 1) stopień niepełnosprawności,
 - 2) potrzeby w zakresie likwidacji barier architektonicznych wynikające z niepełnosprawności,
 - 3) podstawę prawną zamieszkiwania w budynku lub lokalu,
 - 4) sytuację zawodową,
 - 5) warunki mieszkaniowe,
 - 6) średni dochód na osobę w rodzinie,
 - 7) wcześniejsze korzystanie ze środków PFRON na likwidację barier architektonicznych.

§ 3

1. Dla osób ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności z powodu dysfunkcji narządu słuchu (03-L) w ramach likwidacji barier w komunikowaniu się możliwe jest dofinansowanie:
 - 1) wyposażenia dzwonka do drzwi w sygnalizację świetlną,
 - 2) wyposażenia aparatu telefonicznego w sygnalizację świetlną,

- 3) zakup budzika świetlnego,
 - 4) zakup faksu,
 - 5) zakup wzmacniacza do aparatu telefonicznego,
 - 6) zakup indywidualnych urządzeń akustycznych przybliżających dźwięki.
3. W ramach dofinansowania likwidacji barier w komunikowaniu się dofinansowaniem może zostać objęty zakup sprzętu komputerowego, oprogramowania i urządzeń elektronicznych.
4. Dofinansowanie do zakupu sprzętu komputerowego, oprogramowania i urządzeń elektronicznych mogą otrzymać osoby ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, w wieku aktywności zawodowej:
- 1) z zaburzeniami głosu, mowy, chorobami słuchu (03-L)
 - 2) z dysfunkcją narządu ruchu (05-R) lub chorobą neurologiczną (10-N) poruszające się na wózku inwalidzkim.
5. Dofinansowanie do zakupu sprzętu komputerowego, oprogramowania i urządzeń elektronicznych mogą otrzymać niepełnosprawne dzieci do 16 roku życia realizujące obowiązek szkolny lub roczne przygotowanie przedszkolne oraz młodzież ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności realizująca obowiązek szkolny:
- 1) z zaburzeniami głosu, mowy, chorobami słuchu (03-L)
 - 2) z dysfunkcją narządu ruchu (05-R) lub chorobą neurologiczną (10-N) poruszające się na wózku inwalidzkim.
 - 3) z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi objęte terapią logopedyczną (12-C).
6. W przypadku osób ubiegających się o dofinansowanie zakupu sprzętu komputerowego, które nie posiadających w orzeczeniu informacji o przyczynie niepełnosprawności, do wniosku należy przedłożyć zaświadczenie lekarza specjalisty, potwierdzające występowanie zaburzeń głosu, mowy, słuchu lub dysfunkcji narządu ruchu, choroby neurologicznej z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim.
7. W uzasadnionych przypadkach dofinansowaniem mogą być urządzenia z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się nie wymienione w § 3 pod warunkiem, że potrzeba ich zakupu wynikać będzie z uzasadnionych potrzeb podyktowanych niepełnosprawnością w zakresie likwidacji barier w komunikowaniu się.
8. W uzasadnionych przypadkach dofinansowanie mogą uzyskać osoby nie wymienione w § 3 pod warunkiem, że będzie to podyktowane potrzebami wnioskodawcy wynikającym z niepełnosprawności w zakresie likwidacji barier w komunikowaniu się.
9. Przy rozpatrywaniu wniosku o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się oraz określaniu zakresu i wysokości dofinansowania bierze się pod uwagę:
- 1) stopień niepełnosprawności,
 - 2) potrzeby w zakresie likwidacji barier w komunikowaniu się wynikające z niepełnosprawności,
 - 3) sytuację zawodową lub pobieranie nauki,
 - 4) funkcjonowanie społeczne,
 - 5) średni dochód na osobę w rodzinie,
 - 6) wcześniejsze korzystanie ze środków PFRON na likwidację barier w komunikowaniu się.

§ 4

1. Osobom ze znacznym i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności oraz niepełnosprawnym dzieciom do 16 roku życia, z dysfunkcją narządu ruchu (05-R) lub chorobą neurologiczną (10-N), w ramach likwidacji barier technicznych możliwe jest dofinansowanie zakupu niżej

wymienionych urządzeń i przedmiotów:

- 1) podnośnika na kółkach (nie wymagający montażu w formie prac budowlanych),
 - 2) transportera schodowego (nie wymagający montażu w formie prac budowlanych),
 - 3) krzeselka wannowego i toaletowego,
 - 4) nakładki na miskę ustępową,
 - 5) nakładki na wannę,
 - 6) roweru trójkołowego,
 - 7) szyn najazdowych,
 - 8) łóżka rehabilitacyjnego.
2. W przypadku osób nie posiadających w orzeczeniu informacji o przyczynie niepełnosprawności, do wniosku należy przedłożyć zaświadczenie lekarza specjalisty potwierdzające występowanie dysfunkcji narządu ruchu lub choroby neurologicznej.
 3. W uzasadnionych przypadkach dofinansowaniem mogą być urządzenia z zakresu likwidacji barier technicznych nie wymienione w § 4 pod warunkiem, że ich zakup wynikać będzie z uzasadnionych potrzeb podyktowanych niepełnosprawnością w zakresie likwidacji barier technicznych.
 4. W uzasadnionych przypadkach dofinansowanie mogą uzyskać osoby nie wymienione w § 4 pod warunkiem, że będzie to podyktowane potrzebami wnioskodawcy wynikającymi z niepełnosprawności w zakresie likwidacji barier technicznych.
 5. Przy rozpatrywaniu wniosku o dofinansowanie likwidacji barier technicznych oraz określaniu zakresu i wysokości dofinansowania bierze się pod uwagę:
 - 1) stopień niepełnosprawności,
 - 2) potrzeby w zakresie likwidacji barier technicznych wynikające z niepełnosprawności,
 - 3) sytuację zawodową,
 - 4) funkcjonowanie społeczne,
 - 5) średni dochód na osobę w rodzinie,
 - 6) wcześniejsze korzystanie ze środków PFRON na likwidację barier technicznych.

§ 5

1. Wniosek powinien być podpisany przez osobę niepełnosprawną lub w jej imieniu przez przedstawiciela ustawowego, prawnego opiekuna ustanowionego postanowieniem sądu lub pełnomocnika ustanowionego notarialnie.
2. Jeżeli wnioskodawca zmarł, wniosek nie podlega dalszemu rozpatrywaniu.
3. Przed rozpatrzeniem wniosku na dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, i technicznych, w celu weryfikacji zasadności zaproponowanego przez wnioskodawcę zakresu może zostać dokonana wstępna wizja lokalna w miejscu zamieszkania wnioskodawcy.
5. Do obowiązków wnioskodawcy ubiegającego się o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych należy uzyskanie uzgodnień, opinii i pozwoleń wymaganych przepisami szczególnymi oraz pozwolenia na budowę, a także zapewnienie nadzoru inwestorskiego (w przypadkach koniecznych). Koszty uzyskania pozwolenia, zapewnienia nadzoru inwestorskiego, uzyskania niezbędnych uzgodnień i opinii pokrywa wnioskodawca.

6. Wnioskodawcy, którym nie zostało przyznane dofinansowanie, z powodu niewystarczającej wysokości środków Funduszu przeznaczonych na likwidację barier w roku rozpatrywania wniosku, mogą wystąpić o dofinansowanie ponownie składając nowy wniosek w roku następnym.
7. Wnioski rozpatrywane są po określeniu przez Radę Powiatu Słupskiego w drodze uchwały zadań, na które przeznaczają się środki Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
8. Dofinansowanie do likwidacji architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych będzie udzielane według kolejności wpływu wniosków, do momentu wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na ten cel. W szczególnie uzasadnionych przypadkach dopuszcza się pominięcie kolejności, o której mowa w ust. 6.
9. Wnioski rozpatrywane są przez Komisję do spraw rozpatrywania wniosków o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych złożonych w zakresie likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych, powołaną przez Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku.
10. Dofinansowanie ze środków Funduszu nie przysługuje, jeżeli podmiot ubiegający się o dofinansowanie ma zaległości wobec Funduszu lub podmiot ten był, w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie tego podmiotu.
11. Dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych przysługuje oddzielnie na każdy rodzaj zadania.
12. Dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych nie przysługuje osobom niepełnosprawnym, które w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku uzyskały odpowiednio na te cele dofinansowanie ze środków Funduszu.
13. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.
14. Maksymalna wysokość dofinansowania likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych wynosi do 95% kosztów przedsięwzięcia, nie więcej jednak niż do wysokości piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia.

DYREKTOR
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Słupsku


mgr Urszula Debrowska

Wytyczne dotyczące likwidacji barier architektonicznych dla osób niepełnosprawnych

Przedstawione poniżej rozwiązania dotyczące likwidacji barier architektonicznych należy traktować jako przykładowe, a zawarte w nich wskazania należy odnieść do konkretnej osoby niepełnosprawnej i jej możliwości. Przystosowując mieszkanie, zawsze należy zacząć od określenia indywidualnych potrzeb, ponieważ to od nich zależy, jakie udogodnienia trzeba zastosować w mieszkaniu w celu likwidacji barier architektonicznych.

ŁAZIENKA

Miska ustępowa dostępna dla osoby na wózku powinna znajdować się nie dalej niż 150 cm od pionu, a miska podwieszana do 200 cm. Gdy miska ustępowa z obu stron jest oddalona od ściany, można zastosować dwie poręcze uchylne. Poręcze montuje się na wysokości dogodnej dla użytkownika wózka (najczęściej około 75-85 cm). Standardowa muszla stojąca ma deskę na wysokości 38-40 cm. Najprościej i najtaniej można ją podwyższyć poprzez dziesięciocentymetrową zdejmowaną nakładkę z tworzywa sztucznego lub trwale osadzając muszlę na cokole z betonu. Nakładka na muszlę reguluje także średnicę jej otworu. Istnieją specjalne wyższe stojące miski ustępowe dla osób niepełnosprawnych. Można też kupić standardową miskę podwieszaną. Wówczas należy dokonać korekty w stelażu. Wysokość miski ustępowej wraz z deską powinna być równa wysokości konkretnego wózka (przeważnie 45-53 cm).

Wygodna umywalka powinna mieć 60-70 cm szerokości i 50-60 cm głębokości. W sprzedaży są specjalne umywalki dla osób niepełnosprawnych. Są one bardziej płaskie od tradycyjnych, od frontu profilowane w taki sposób, by korzystający z nich mógł podejść blisko i oprzeć łokcie na bokach umywalki.

Zaleca się stosowanie specjalnych zestawów odpływowych z syfonem przyściennym lub podtynkowym. Stosując syfon tradycyjny należy go zabezpieczyć osłoną przeciwpoparzeniową. Nie należy jednak stosować postumentów do umywarek, bo uniemożliwiają bliski podjazd. W punktach sprzedaży bywają także umywalki wyposażone dodatkowo w stelaż pozwalający na ich uchylenie lub obniżanie, ale są dość kosztowne.

Poręcze są przydatne przede wszystkim niepełnosprawnemu wstającemu z wózka do podciągnięcia się lub osobie o kulach do oparcia. Po obu stronach umywalki (35-40 cm od osi) powinny być zamontowane poręcze o długości co najmniej długości umywalki na wysokości dogodnej dla użytkownika (najczęściej około 75-85 cm). W szczególnych wypadkach poręcze mogą być uchylne. Gdy umywalka jest mała i miejsca niewiele można zastosować jedną poręcz poziomą nad umywalką.

Bidet pozwala na umycie głowy nad umywalką lub wykorzystanie muszli jako bidetu, jeżeli znajdują się one w zasięgu węża.

Baterie umywalkowe powinny być łatwo dostępne, bezpieczne i wymagające minimalnych ruchów ręki. Nie zaleca się stosowania kurków, lecz baterie z mieszaczem, przyciskiem, czujnikiem. Dla osób z niedowładem dłoni instaluje się tzw. armaturę kliniczną z przedłużonym mieszaczem (można go poruszać nawet łokciem).

Natrysk w małych łazienkach korzystnym rozwiązaniem dla osoby z trudnościami w poruszaniu się jest zainstalowanie natrysku w poziomie posadzki, do którego można wjechać wózkiem. Jest łatwy w użytkowaniu i daje on niepełnosprawnemu dużo samodzielności.

Ze względu na położenie kratki ściekowej w poziomie posadzki natrysk powinien znajdować się jak najbliżej pionu kanalizacyjnego. Przeprowadzając adaptację łazienki, należy sprawdzić, czy podłączenie to da się zrealizować bez przebijania się przez strop niższej kondygnacji. Powierzchnia posadzki łazienki z natryskiem powinna być antypoślizgowa. Najtaniej jest wykonać ją z płytek ceramicznych niewielkich rozmiarów, na przykład 10 cm x 10 cm, profilując odpowiedni spływ ku kratce ściekowej. W takim przypadku optymalna przestrzeń ze spadkiem powinna wynosić 120 cm x 120 cm. Płytki należy układać na warstwie izolacji wodoszczelnej wywiniętej na ścianę do wysokości 30 cm. Obrys brodzika można również wykonać ze specjalnych kształtek ceramicznych o wymiarach 10 cm x 10 cm i spadku 15% ograniczających ewentualny wypływ wody na powierzchnię łazienki. Nierówność ta nie jest przeszkodą dla wózka inwalidzkiego. Dostępne w sprzedaży są również gotowe płaskie brodziki, najczęściej o wymiarach 90 cm x 90 cm, wykonane z tworzyw sztucznych lub stali nierdzewnej o powierzchni antypoślizgowej. Obszar brodzika można osłonić miękką zasłoną prysznicową. Natrysk nie może mieć progów. Powinien to być obszar z niewielkim spadkiem 1-2%, nieograniczony trwałymi przeszkodami. Jego przestrzeń można zaliczyć wtedy do pola manewrowego.

Na ścianie powinno się znaleźć, na wysokości siedziska wózka, **krzeselko prysznicowe** do siedzenia, najlepiej składane, ażurowe, z oparciem i ciepłe w dotyku. Jeżeli prysznic jest w narożniku, oś krzeselka powinna znaleźć się około 30-45 cm od ściany bocznej natrysku.

Bateria prysznicowa powinna być umieszczona w zasięgu ręki, co najmniej 50 cm od narożnika natrysku. Nie może być zainstalowana zbyt wysoko. Do przesiadania się służą odpowiednio dobrane poręcze montowane na ścianach na wygodnej wysokości, z uchwytem pionowym służącym do wstawiania.

POCHYLNIA

Szerokość pochylni, podobnie jak ścieżek dojazdowych, podjazdów i dojść nie powinna być mniejsza niż 120 cm. Bezpieczeństwo użytkownikom zapewni krawężnik wysokości 5-7 cm i nawierzchnia wykonana z materiałów antypoślizgowych.

Pochylnia musi być wyposażona w obustronne poręcze montowane na wysokości 75 i 90 cm, które powinny być przedłużone o 30 cm w stosunku do początku i końca pochylni. Jeśli różnica wysokości jest taka, że pochylnia powinna być dłuższa niż 900 cm, musi być rozdzielona na mniejsze odcinki płaskimi podestami nie krótszymi niż 140 cm.

Pochylnia powinna być tak zaprojektowana, aby możliwy był swobodny wjazd wózkiem bez nadmiernego wysiłku. Kąt nachylenia pochylni zależy od różnicy wysokości do pokonania:

- jeśli wynosi ona nie więcej niż 15 cm, spadek pochylni nie powinien być większy niż 15% niezależnie od tego, czy jest ona na zewnątrz, czy w środku,
- przy różnicy wysokości od 15 do 50 cm spadek pochylni nie może być większy niż 8% (na zewnątrz budynku bez przykrycia) i 10% (wewnątrz budynku i pod dachem),
- powyżej 50 cm spadek pochylni nie powinien być większy niż 6% (na zewnątrz) i 8% (wewnątrz budynku i pod dachem).

Pochylnia zajmuje dużo miejsca, sposób jej usytuowania zależy od tego, jak duża jest działka i jak rozwiązano inne elementy wejścia, takie jak schody, podest, drzwi domu.

PODŁOGA i ŚCIANY

W pomieszczeniach użytkowanych przez osoby na wózkach inwalidzkich lub chodzących z trudem podłoga powinna być dobrze wypoziomowana, bez progów, różnic wysokości, uskoków i innych tego typu przeszkód. Dobrze jeśli powierzchnia podłogi jest odporna na poślizg i zostawianie śladów przez kółka wózka.

W miejscach intensywnego ruchu warto zabezpieczyć ściany (do wysokości 30-40 cm) przed uszkodzeniem podnóżkiem lub kółkami wózka. Może to być wykładzina, listwy drewniane, blacha, laminowana płyta itp.

OKNA i DRZWI

Dolna część drzwi balkonowych (do wysokości 30-40 cm) powinna być również zabezpieczona przed uszkodzeniami. Drzwi balkonowe i okna powinny być zamykane jedną klamką umieszczoną na wysokości nie przekraczającej 130 cm od poziomu podłogi.

Najwygodniej, gdy w mieszkaniu osoby niepełnosprawnej ruchowo uda się zlikwidować niektóre drzwi.

Drzwi zawiasowe powinny otwierać się co najmniej pod kątem 90° i w taki sposób, aby skrzydło drzwi po otwarciu nie utrudniało przejścia. Szerokość otworu drzwiowego w mieszkaniu osoby na wózku inwalidzkim (również osób poruszających się o kulach, laskach, przy balkonikach) nie powinna być mniejsza niż 80 cm. Drzwi wejściowe zgodnie z przepisami budowlanymi nie mogą mieć szerokości mniejszej niż 90 cm.

DYREKTOR
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Siemsku

mgr Urszula Dąbrowska

.....
data wpływu wniosku do PCPR

.....
numer wniosku

W N I O S E K

o dofinansowanie ze środków PFRON do zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych dla osób niepełnosprawnych

I. Dane osoby niepełnosprawnej, której ma zostać przyznane dofinansowanie:

Imię i nazwisko:	PESEL:
Adres zamieszkania z kodem pocztowym:	Numer telefonu:
Nazwa banku i numer rachunku bankowego, jeżeli wnioskodawca posiada konto osobiste (wypełnić jeżeli środki mają zostać zwrócone wnioskodawcy)	

II. Przedmiot dofinansowania :

.....
.....

III. Proszę o przekazanie kwoty dofinansowania*:

- ☐ na moje konto osobiste/konto osobiste opiekuna
☐ przekazem pocztowym na adres zamieszkania
☐ przelewem na konto wystawcy faktury

Oświadczenie

1) 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.....

2) Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz, że w ciągu ostatnich trzech lat nie byłem(łam) stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

3) Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
Data

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy lub opiekuna**

* właściwe zaznaczyć

** w przypadku opiekuna lub pełnomocnika wypełnić część IV wniosku

IV. Dane:

- ☐ **przedstawiciela ustawowego (dla niepełnoletniego wnioskodawcy) lub**
- ☐ **opiekuna prawnego (dla osoby ubezwłasnowolnionej) lub**
- ☐ **pełnomocnika osoby niepełnosprawnej (ustanowionego notarialnie):**

Imię i nazwisko:.....

Adres zamieszkania:.....

Numer PESEL:.....

Telefon kontaktowy:.....

Nazwa banku i numer konta bankowego, jeżeli środki mają zostać zwrócone opiekunowi osoby niepełnosprawnej:

.....

.....
(data)

.....
(podpis)

Do wniosku należy dołączyć:

- 1) kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub równoważnego (oryginał do wglądu);
- 2) oświadczenie dotyczące ochrony danych osobowych;
- 3) **fakturę** określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup, wraz z potwierdzoną za zgodność, przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, **kopią zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze;**
albo
- 4) kopię zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wraz z **ofertą określającą cenę nabycia** z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz **termin realizacji zlecenia** od momentu przyjęcia go do realizacji.
oraz ewentualnie w przypadku opiekuna prawnego lub pełnomocnika:
 - 5) kopię zaświadczenia z sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu)
 - 6) kopię oświadczenia o ustanowieniu pełnomocnika złożonego u notariusza (oryginał do wglądu)

Pouczenie:

Osoba niemogąca pisać, ale mogąca czytać może zamiast podpisu uczynić tuszowy odcisk własnego palca. Obok tego odcisku osoba trzecia wypisze jej imię i nazwisko oraz się podpisze.

.....
data wpływu wniosku do PCPR

.....
numer wniosku

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

I. Dane osoby niepełnosprawnej:

Imię i nazwisko:.....

Adres zamieszkania:

Dowód osobisty: seria nr wydany w dniu

przez

nr telefonu:.....

nazwa banku i nr rachunku:

nr PESEL

II. Orzeczenie o niepełnosprawności: ☐ trwałe ☐ czasowe do.....

III. Przedmiot dofinansowania:

.....

IV. Uzasadnienie wniosku :

.....

.....

.....

.....

V. Cel dofinansowania:

.....

.....

VI. Całkowity koszt zakupu wnioskowanego urządzenia :zł

VII. Kwota wnioskowanego dofinansowania (maksymalnie 80% z punktu VI):zł

(słownie:)

VIII. Miejsce realizacji zadania:

(gdzie będzie przechowywany zakupiony sprzęt?)

IX. Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON ? (z PCPR, MOPR, OPS, PFRON, UG):

Tak ☐

Nie ☐

Cel (nazwa programu lub nazwa zadania ustawowego, w ramach którego przyznana została pomoc)	Numer i data zawarcia umowy	Kwota wykorzystana	Kwota rozliczona
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

X. Wnioskodawca zamieszkuje: samotnie ☐ z rodziną ☐ z osobami nie spokrewnionymi ☐

XI. Oświadczenie wnioskodawcy :

1. 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, wynosiłzł.
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi
2. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Oświadczam, że w ciągu ostatnich trzech lat nie byłem(łam) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
3. Oświadczam, że posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie sprzętu rehabilitacyjnego (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej - co najmniej 20 % ceny brutto).
4. Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
Data

.....
Czytelny podpis Wnioskodawcy lub osoby występującej
w jego imieniu*

**W przypadku osoby występującej w imieniu wnioskodawcy należy wypełnić część XII wniosku*

XII. Dane przedstawiciela ustawowego lub pełnomocnika wnioskodawcy:

przedstawiciel ustawowy dla małoletniego Wnioskodawcy ☐

opiekun prawny dla osoby ubezwłasnowolnionej (ustanowiony przez sąd) ☐

pełnomocnik ustanowiony notarialnie ☐

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Dowód osobisty: seria nr wydany w dniu

przez

nr telefonu:

nazwa banku i nr rachunku:

nr PESEL

Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub równoważnego (oryginał do wglądu);
2. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia (druk na str. 4 wniosku);
3. Oferta cenowa dotycząca zakupu wnioskowanego urządzenia lub przedmiotu (w przypadku kilku elementów składowych należy określić ich ceny jednostkowe);
4. Oświadczenie dotyczące ochrony danych osobowych;
5. Dodatkowo w przypadku opiekuna prawnego lub pełnomocnika:
 - a) kopię zaświadczenia z sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu) lub
 - b) kopię oświadczenia o ustanowieniu pełnomocnika złożonego u notariusza (oryginał do wglądu).

Uwaga!

1. *Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.*
2. *Wysokość dofinansowania zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny wynosi do 80% kosztów tego sprzętu, nie więcej jednak niż do wysokości pięciokrotnego przeciętnego wynagrodzenia.*

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta:

Adres zamieszkania:

Data urodzenia: nr PESEL

I. Rozpoznanie choroby zasadniczej będącej przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności:

.....

II. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:

.....

III. Rodzaj niepełnosprawności: (zakreślić właściwe):

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

IV. Zalecany sprzęt rehabilitacyjny:

V. Czy zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu sprzętu określonego w pkt IV: ☐ tak ☐ nie

.....
miejscowość

.....
data

.....
pieczętka i podpis lekarza

4. Uzasadnienie wniosku (należy wskazać potrzebę wykonania robót określonych we wniosku):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Całkowity koszt likwidacji barier architektonicznych (100%): zł

6. Kwota wnioskowanego dofinansowania likwidacji barier (do 95%): zł

słownie:

7. Miejsce realizacji zadania (likwidacji barier)

8. Termin rozpoczęcia **i przewidywany czas realizacji zadania**

.....

9. 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

☐ Nie ☐ Tak

10. Źródła finansowania zadania :

☐ we własnym zakresie ☐ inne (jakie?)

11. Sytuacja zawodowa wnioskodawcy (podkreślić właściwą odpowiedź):

- | | |
|--|---|
| ☐ zatrudniony | ☐ prowadzący działalność gospodarczą |
| ☐ dzieci i młodzież do lat 18 | ☐ osoba w wieku od 18 do 24 lat ucząca się |
| ☐ osoba studiująca | ☐ osoba bezrobotna zarejestrowana w PUP |
| ☐ rencista | ☐ emeryt |
| ☐ inna | |

12. Opis sytuacji mieszkaniowej (budynku/lokalu):

- ☐ budynek parterowy,
- ☐ budynek piętrowy mieszkanie na (należy podać kondygnację)
- ☐ dom jednorodzinny
- ☐ wielorodzinny prywatny
- ☐ wielorodzinny komunalny
- ☐ wielorodzinny spółdzielczy
- ☐ inne

Przybliżony wiek budynku lub rok budowy

W budynku/lokalu jest:

- ☐ instalacja wody zimnej i ciepłej wody
- ☐ gaz
- ☐ centralne ogrzewanie
- ☐ prąd
- ☐ kanalizacja

Opis mieszkania

- ☐ pokoje (podać liczbę)
- ☐ z kuchnią ☐ bez kuchni
- ☐ z łazienką ☐ bez łazienki
- ☐ z wc ☐ bez wc

Łazienka wyposażona w:

- ☐ wannę ☐ brodzik ☐ kabinę prysznicową ☐ umywalkę ☐ miskę ustępową

Inne informacje o warunkach mieszkaniowych

.....

.....

.....

.....

13. Imię i nazwisko właściciela, współwłaścicieli budynku/lokalu w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych

- | | |
|---------|---------|
| 1. | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

14. Wnioskodawca zamieszkuje:

- ☐ samotnie ☐ z rodziną ☐ z osobami niespokrewnionymi

15. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON - Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku)

□ Tak

☐ Nie[illegible]

16. Informacje uzupełniające

Czy wnioskodawca uzyskał wcześniej pomoc ze środków PFRON na zakres robót określony we wniosku

☐ Nie

☐ Tak w roku w ramach

Nazwa instytucji udzielającej pomocy

Oświadczenie wnioskodawcy

1. 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
2. Oświadczam, że posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w realizacji wnioskowanego zakresu robót w wysokości co najmniej 5% kosztów określonych we wniosku.
3. Oświadczam, że w ciągu ostatnich trzech lat nie byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
4. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
5. Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
miejscowość, data

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy
lub osoby występującej w jego imieniu*

** w przypadku osoby występującej w imieniu wnioskodawcy należy wypełnić poniższe informacje*

Dane osoby występującej w imieniu wnioskodawcy

☐ przedstawiciel ustawowy (rodzic) ☐ opiekun prawny ☐ pełnomocnik ustanowionego notarialnie

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Dowód osobisty: seria nr wydany w dniu przez

..... ważny do dnia

PESEL nr telefonu:

Uwaga!

Informujemy, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.

Załączniki do wniosku:

	Nazwa załącznika	Dołączono do wniosku zaznaczyć właściwe (wypełnia PCPR)	Uzupełniono zaznaczyć właściwe	Data uzupełnienia
			wypełnia PCPR wniosek nr	
1.	Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego (oryginał do wglądu)	☐	☐	
2.	Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia (druk na str. 7)	☐	☐	
3.	Aktualny odpis z księgi wieczystej nieruchomości	☐	☐	
4.	Oświadczenie dotyczące ochrony danych osobowych (druk w załączeniu)	☐	☐	
5.	Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania np. przez fundację, stowarzyszenie itp.	☐	☐	
6.	Zgoda właściciela lub współwłaścicieli budynku lub lokalu na przeprowadzenie robót związanych z likwidacją barier architektonicznych	☐	☐	
7.	Kopia dokumentu upoważniającego do działania w imieniu wnioskodawcy (oryginał do wglądu) w przypadku: osoby małoletniej – odpis aktu urodzenia osoby ubezwłasnowolnionej – zaświadczenie z sądu osoby reprezentowanej przez pełnomocnika – akt notarialny	☐	☐	
8.	Aktualny dokument potwierdzający stałe zameldowanie wnioskodawcy	☐	☐	
9.	Inwentaryzacja stanu istniejącego pomieszczenia, w którym ma nastąpić likwidacja barier (z obmiarami) sporządzona przez osobę ze stosownymi w tym zakresie uprawnieniami, a w koniecznych przypadkach - projekt techniczny	☐	☐	
10.	Rysunek techniczny pomieszczenia z uwzględnieniem rozwiązań proponowanych we wniosku i kosztorysie (z obmiarami, zaznaczeniem wymiarów poszczególnych urządzeń i uchwytów oraz zaznaczeniem odległości pomiędzy urządzeniami higienicznosanitarnymi i uchwytami) sporządzony przez osobę ze stosownymi w tym zakresie uprawnieniami, a w koniecznych przypadkach - projekt techniczny	☐	☐	
11.	Szczegółowy kosztorys ofertowy sporządzony według KNR (z przedmiarem robót i obmiarami) dotyczący likwidacji barier architektonicznych i zakresu robót określonego we wniosku, podpisany przez osobę sporządzającą	☐	☐	

Informacje dodatkowe:

Przy sporządzaniu kosztorysu dotyczącego likwidacji barier należy uwzględnić wyłącznie roboty budowlane związane z usuwaniem barier architektonicznych. Przez bariery architektoniczne należy rozumieć utrudnienia dla osób niepełnosprawnych występujące w budynkach, które ze względu na rozwiązania techniczne lub warunki użytkowania utrudniają lub uniemożliwiają swobodę ruchu osobom niepełnosprawnym. Koszt zakupu materiałów ponosi wnioskodawca, więc ceny materiałów zawarte w kosztorysie powinny być cenami brutto.

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta.....
Adres zamieszkania
Data urodzenia PESEL

Rozpoznanie choroby zasadniczej będącej przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności:

.....
.....

Rodzaj niepełnosprawności (zakreślić właściwe):

☐	dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	podpis lekarza
☐	dysfunkcja narządu ruchu bez konieczności poruszania się na wózku inwalidzkim	podpis lekarza
☐	wrodzony brak lub amputacja kończyn	podpis lekarza
☐	inna dysfunkcja narządu ruchu	podpis lekarza
☐	choroba neurologiczna	podpis lekarza
☐	dysfunkcja narządu wzroku	podpis lekarza
☐	inna	podpis lekarza

Używane przedmioty ortopedyczne:

.....
miejscowość

.....
data

.....
pieczętka i podpis lekarza

nr wniosku
wypełnia pracownik PCPR w Słupsku

**Wniosek o dofinansowanie
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
likwidacji barier technicznych**

1. Dane osoby niepełnosprawnej:

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Dowód osobisty: seria nr wydany w dniu przez
..... ważny do dnia

PESEL nr telefonu:

Nazwa banku i nr rachunku

2. Przedmiot dofinansowania:

.....

3. Uzasadnienie wniosku wskazujące na potrzebę likwidacji barier technicznych :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Cel dofinansowania:

.....

5.Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Należy wymienić sprzęt o dofinansowanie którego wnioskodawca się ubiega	Orientacyjna cena brutto (kwota w zł)
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
Razem:	

6.Calkowity koszt zakupu wnioskowanego przedmiotu (100% ceny): zł

7.Kwota wnioskowanego dofinansowania (do 95% ceny): zł

słownie:

8. Miejsce realizacji zadania:

9. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:

10.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

☐ Nie ☐ Tak

11.Źródła finansowania zadania :

☐ we własnym zakresie ☐ inne (jakie?)

12.Sytuacja zawodowa wnioskodawcy (podkreślić właściwą odpowiedź):

- | | |
|--|---|
| ☐ zatrudniony | ☐ prowadzący działalność gospodarczą |
| ☐ dzieci i młodzież do lat 18 | ☐ osoba w wieku od 18 do 24 lat ucząca się |
| ☐ osoba studiująca | ☐ osoba bezrobotna zarejestrowana w PUP |
| ☐ rencista | ☐ emeryt |
| ☐ inna | |

13.Wnioskodawca zamieszkuje:

☐ samotnie ☐ z rodziną ☐ z osobami niespokrewnionymi

14. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON - Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku)

□ Tak

☐ Nie[illegible]

15. Informacje uzupełniające

Czy wnioskodawca uzyskał wcześniej pomoc ze środków PFRON w zakupie urządzenia/sprzętu wskazanego we wniosku

□ Nie

☐ Tak w roku w ramach

Nazwa instytucji udzielającej pomocy

Oświadczenie wnioskodawcy

1. 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
2. Oświadczam, że posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w wysokości co najmniej 5% kosztów określonych we wniosku.
3. Oświadczam, że w ciągu ostatnich trzech lat nie byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
4. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
5. Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
miejscowość, data

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy
lub osoby występującej w jego imieniu*

** w przypadku osoby występującej w imieniu wnioskodawcy należy wypełnić poniższe informacje*

Dane osoby występującej w imieniu wnioskodawcy

☐ przedstawiciel ustawowy (rodzic) ☐ opiekun prawny ☐ pełnomocnik ustanowionego notarialnie

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Dowód osobisty: seria nr wydany w dniu przez

..... ważny do dnia

PESEL nr telefonu:

Uwaga!

Informujemy, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.

Załączniki do wniosku:

Nazwa załącznika		Dołączono do wniosku zaznaczyć właściwe (wypełnia PCPR)	Uzupełniono zaznaczyć właściwe	Data uzupełnienia
			wypełnia PCPR wniosek nr	
1.	Kserokopia ważnego orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego (oryginał do wglądu)	☐	☐	
2.	Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia (druk na str. 6)	☐	☐	
3.	Oświadczenie dotyczące ochrony danych osobowych (druk w załączeniu)	☐	☐	
4.	Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania np. przez fundację, stowarzyszenie itp.	☐	☐	
5.	Kopia dokumentu uprawniającego do działania w imieniu wnioskodawcy (oryginał do wglądu) w przypadku: osoby niepełnoletniej – odpis aktu urodzenia osoby ubezwłasnowolnionej – zaświadczenie z sądu osoby reprezentowanej przez pełnomocnika – akt notarialny	☐	☐	

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta.....
Adres zamieszkania
Data urodzenia PESEL

Rozpoznanie choroby zasadniczej będącej przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności:

.....
.....

Rodzaj niepełnosprawności (zakreślić właściwe):

☐	dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	podpis lekarza
☐	dysfunkcja narządu ruchu bez konieczności poruszania się na wózku inwalidzkim	podpis lekarza
☐	wrodzony brak lub amputacja kończyn	podpis lekarza
☐	inna dysfunkcja narządu ruchu	podpis lekarza
☐	choroba neurologiczna	podpis lekarza
☐	choroba nowotworowa	podpis lekarza
☐	inna	podpis lekarza

Używane przedmioty ortopedyczne:

.....
miejsowość

.....
data

.....
pieczętka i podpis lekarza

4. Cel dofinansowania:

5. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Należy wymienić sprzęt o dofinansowanie którego wnioskodawca się ubiega	Orientacyjna cena brutto (kwota w zł)
Sprzęt:	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
Oprogramowanie:	
.....	
.....	
.....	
Razem:	

6. Całkowity koszt zakupu wnioskowanego przedmiotu (100% ceny): zł

7. Kwota wnioskowanego dofinansowania (do 95% ceny): zł

słownie:

8. Miejsce realizacji zadania:

9. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

.....

10. 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

☐ Tak ☐ Nie

11. Źródła finansowania zadania :

☐ we własnym zakresie ☐ inne (jakie?)

12. Czy wnioskodawca objęty jest pomocą logopedyczną lub inną mającą na celu rehabilitację mowy lub słuchu ? :

☐ Nie ☐ Tak (gdzie?)

.....

13. Czy wobec wnioskodawcy orzeczono potrzebę

- | | |
|--|--|
| ☐ indywidualnego nauczania | ☐ kształcenia specjalnego |
| ☐ terapii logopedycznej | ☐ zajęć rewalidacyjno-wychowawczych |
| ☐ wczesnego wspomagania rozwoju | ☐ nie dotyczy |

14. Sytuacja zawodowa wnioskodawcy

- | | |
|--|---|
| ☐ zatrudniony | ☐ prowadzący działalność gospodarczą |
| ☐ dzieci i młodzież do lat 18 | ☐ osoba w wieku od 18 do 24 lat ucząca się |
| ☐ osoba studiująca | ☐ osoba bezrobotna zarejestrowana w PUP |
| ☐ rencista | ☐ emeryt |
| ☐ inna | |

15. Wykształcenie

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| ☐ podstawowe | ☐ gimnazjalne | ☐ policealne |
| ☐ średnie | ☐ średnie zawodowe | ☐ inne jakie |
| ☐ wyższe | ☐ zawodowe | |

16. Wnioskodawca zamieszkuje:

- ☐ samotnie ☐ z rodziną ☐ z osobami niespokrewnionymi

17. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON - Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku)

- ☐ Tak ☐ Nie

Cel (nazwa programu lub nazwa zadania ustawowego)	Przedmiot dofinansowania	Numer i data zawarcia umowy	Kwota Przyznana	Kwota rozliczona
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				

18. Informacje uzupełniające

Czy wnioskodawca uzyskał wcześniej pomoc ze środków PFRON w zakupie urządzenia/sprzętu wskazanego we wniosku

- ☐ Nie ☐ Tak w roku w ramach
..... Nazwa instytucji udzielającej pomocy

Oświadczenie wnioskodawcy

1. 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
2. Oświadczam, że posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w wysokości co najmniej 5% kosztów określonych we wniosku.
3. Oświadczam, że w ciągu ostatnich trzech lat nie byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
4. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
5. Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
miejscowość, data

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy
lub osoby występującej w jego imieniu*

** w przypadku osoby występującej w imieniu wnioskodawcy należy wypełnić poniższe informacje*

Dane osoby występującej w imieniu wnioskodawcy

☐ przedstawiciel ustawowy (rodzic) ☐ opiekun prawny ☐ pełnomocnik ustanowionego notarialnie

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Dowód osobisty: seria nr wydany w dniu przez
..... ważny do dnia

PESEL nr telefonu:

Uwaga!

Informujemy, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.

Załączniki do wniosku:

Nazwa załącznika		Dołączono do wniosku zaznaczyć właściwe (wypełnia PCPR)	Uzupełniono zaznaczyć właściwe	Data uzupełnienia
			wypełnia PCPR wniosek nr	
1.	Kserokopia ważnego orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego (oryginał do wglądu)	☐	☐	
2.	Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia (druk na str. 6)	☐	☐	
3.	Oświadczenie dotyczące ochrony danych osobowych (druk w załączeniu)	☐	☐	
4.	Dokument potwierdzający naukę (w przypadku osób uczących się)	☐	☐	
5.	Orzeczenia i opinie z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej (jeżeli osoba niepełnosprawna była badana)	☐	☐	
6.	Zaświadczenie od logopedy w jakim zakresie osoba niepełnosprawna korzysta z pomocy i jakie multimedialne programy logopedyczne są polecane do terapii logopedycznej	☐	☐	
7.	Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania np. przez fundację, stowarzyszenie itp.	☐	☐	
8.	Kopia dokumentu uprawniającego do działania w imieniu wnioskodawcy (oryginał do wglądu) w przypadku: osoby niepełnoletniej – odpis aktu urodzenia osoby ubezwłasnowolnionej – zaświadczenie z sądu osoby reprezentowanej przez pełnomocnika – akt notarialny	☐	☐	

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta.....
Adres zamieszkania
Data urodzenia PESEL

Rozpoznanie choroby zasadniczej będącej przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności:

.....
.....

Rodzaj niepełnosprawności (zakreślić właściwe):

☐	dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	podpis lekarza
☐	dysfunkcja narządu ruchu bez konieczności poruszania się na wózku inwalidzkim	podpis lekarza
☐	inna dysfunkcja narządu ruchu	podpis lekarza
☐	choroba neurologiczna	podpis lekarza
☐	dysfunkcja narządu słuchu	podpis lekarza
☐	dysfunkcja narządu mowy	podpis lekarza
☐	dysfunkcja narządu wzroku	podpis lekarza
☐	inna	podpis lekarza

Używane przedmioty ortopedyczne:

.....
miejsowość

.....
data

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
data wpływu wniosku do PCPR

.....
numer wniosku

WNIOSEK

**o dofinansowanie usług tłumacza migowego lub tłumacza-przewodnika ze środków
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

I. Dane osoby niepełnosprawnej:

Imię i nazwisko:.....
Adres zamieszkania:
nr PESEL
Dowód osobisty: seria nr wydany w dniu
przez
nr tel./faksu/ewentualnie adres e-mail.....
nazwa banku i nr rachunku:

II. Przedmiot dofinansowania (z podaniem ilości godzin tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika):

.....

III. Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania:

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

IV. Uzasadnienie wniosku :

(podać również informację czy wnioskodawca porozumiewa się Polskim Językiem Migowym,
Systemem Językowo-Migowym lub Sposobem Komunikowania się Osób Głuchoniewidomych)

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

.....
.....
V. Przewidywany koszt realizacji zadania.....zł

VI. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON.....zł
(nie więcej niż 2% przeciętnego wynagrodzenia za godzinę świadczenia usług)

(słownie:zł)

VII. Nazwa i adres podmiotu świadczącego usługę tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika.....
.....
.....

VIII. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania.....

IX. Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON ? (z PCPR, MOPR, OPS, PFRON, UG):

Tak ☐

Nie ☐

Cel (nazwa programu lub nazwa zadania ustawowego, w ramach którego przyznana została pomoc)	Numer i data zawarcia umowy	Kwota wykorzystana	Kwota rozliczona
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

X. Oświadczenie wnioskodawcy :

1. 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, wynosiłzł.
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi
2. Oświadczam, że **nie mam zaległości** wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Oświadczam, że w ciągu ostatnich trzech lat **nie byłem(łam) stroną umowy o dofinansowanie** ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, **rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie**.
3. Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
Data

.....
*Czytelny podpis Wnioskodawcy lub osoby występującej
w jego imieniu**

**W przypadku osoby występującej w imieniu wnioskodawcy należy wypełnić część XI wniosku*

XI. Dane przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika wnioskodawcy:

opiekun prawny ustanowiony przez sąd ☐ pełnomocnik ustanowiony notarialnie ☐
przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy) ☐

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Dowód osobisty: seria ☐☐☐ nr ☐☐☐☐☐☐ wydany w dniu

przez

nr telefonu:

nazwa banku i nr rachunku:

nr PESEL

Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub równoważnego (oryginał do wglądu);
2. Oświadczenie dotyczące ochrony danych osobowych;
3. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia (załącznik nr 1 do wniosku);
4. Oferta cenowa dotycząca usługi;
5. Kserokopia dokumentu potwierdzającego posiadanie przez tłumacza języka migowego wpisu do rejestru Wojewody;
6. Kserokopia zaświadczenia o prowadzeniu działalności gospodarczej przez tłumacza języka migowego;
7. Kopia pełnomocnictwa notarialnego lub zaświadczenie o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu) w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego.

Uwaga!

1. *Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.*
2. *Dofinansowaniu nie podlega świadczenie usługi przez tłumacza PJM, SJM i SKOGN w organach administracji publicznej (przez organ administracji publicznej rozumie się ministrów, centralne organy administracji rządowej, wojewodów, działające w nich lub we własnym imieniu inne terenowe organy administracji rządowej zespolonej i niezespolonej, organy jednostek samorządu terytorialnego).*

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

Zaświadczenie lekarskie*
**wystawione w celu przyznania dofinansowania usług tłumacza języka migowego
lub usług tłumacza przewodnika**

Imię i nazwisko

PESEL.....

Adres zamieszkania

Rodzaj schorzenia:

.....
.....

Uzasadnienie korzystania z usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika:

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

.....
data

.....
pieczęć i podpis lekarza

*** zaświadczenie winno być wystawione przez lekarza specjalistę**

Załącznik nr 10 do Zarządzenia nr 33/2018
Dyrektora PCPR w Słupsku z dnia 11.06.2018

Nr wniosku

Wypełnia pracownik PCPR w Słupsku

/pieczęć Wnioskodawcy/

W N I O S E K

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych

część A: Informacje o Wnioskodawcy

1. Nazwa i adres Wnioskodawcy:

Pełna nazwa (zgodna z aktualnym wypisem z rejestru sądowego):

Miejscowość	Kod pocztowy	Ulica	Nr	Powiat	Województwo
Nr tel. : kierunkowy: tel. :		Nr faxu:			

2. Osoby uprawnione do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych Wnioskodawcy:

(pieczęć imienna)

(pieczęć imienna)

podpis:

podpis:

3. Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON przez Wnioskodawcę:

Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON	tak:	nie:
Proszę podać podstawę zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON		
Czy Wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON	tak:	nie:
Kwota zaległości		

4. Informacje o prowadzonej przez Wnioskodawcę działalności na rzecz osób niepełnosprawnych:

Czy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych

Tak:

Nie:

Od kiedy wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych (podać dokładną datę)

Liczba osób objętych działalnością (przeciętnie w miesiącu)

Dorośli: Dzieci i młodzież:

Proszę opisać zakres działalności prowadzonej na rzecz osób niepełnosprawnych

5. Informacje uzupełniające o Wnioskodawcy:

Status prawny	REGON	
Nr rejestru sądowego	Data wpisu do rejestru sądowego	
Organ założycielski	Nr identyfikacyjny NIP	
Nazwa banku	Nr konta bankowego	
Czy Wnioskodawca jest płatnikiem podatku VAT	Tak:	Nie:

Czy Wnioskodawca prowadzi działalność gospodarczą	Tak:	Nie:
---	------	------

Syntetyczna charakterystyka
działalności Wnioskodawcy:
cel i zakres działania, teren działania,
Ilość i charakterystyka osób objętych
działalnością, znaczenie tej działalności
dla osób niepełnosprawnych

6. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON (za okres ostatnich 3 lat)

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON	Tak:	Nie:
---	------	------

Cel (nazwa zadania ustawowego oraz/lub nazwa programu w ramach którego przyznana została pomoc	Numer i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Termin rozliczenia	Kwota rozliczona	Źródło finansowania (PFRON, PCPR, MOPR)

	Razem kwota przyznana:		Razem kwota rozliczona:		

Syntetyczny opis efektów
przyznanego i wykorzystanego
dofinansowania

**Czy wnioskodawca ma zaległości
wobec Państwowego Funduszu
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych?**

Nie:

Tak :

.....
.....

**Czy wnioskodawca w ciągu
3 lat przed złożeniem
wniosku był stroną umowy
o dofinansowanie ze środków
PFRON rozwiązyanej
z przyczyn leżących po jego
stronie?**

Nie:

Tak :

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

7. **Osoba do kontaktów roboczych w sprawach dot. niniejszego wniosku** (imię, nazwisko, funkcja, nr telefonu, e-mail:

.....

część B: Informacje o przedmiocie wniosku, kosztach i terminie realizacji

Przedmiot wniosku (nazwa przedsięwzięcia)

Cele przedsięwzięcia z uwzględnieniem oddziaływania na osoby niepełnosprawne

Szczegółowy opis przedsięwzięcia
(opis poszczególnych etapów realizacji zadania wraz programem merytorycznym przedsięwzięcia i informacją o kwalifikacjach kadry przewidzianej do realizacji poszczególnych zadań)

[illegible]

.....

100

.....

**Deklarowana kwota udziału
własnego:**

Słownie:

Termin realizacji przedsięwzięcia
(rozpoczęcie i zakończenie)

Miejsce realizacji przedsięwzięcia

**Szczegółowa informacja na temat
warunków lokalowych i
technicznych w jakich przebywać
będą osoby niepełnosprawne w
związku z realizacją
przedsięwzięcia (np. dostępności
budynku do potrzeb osób na
wózkach, przystosowania
pomieszczeń do potrzeb osób
niepełnosprawnych itp.)**

Odbiorcy przedsięwzięcia

(informacja nt. liczby i
szczegółowej struktury odbiorców
– osób niepełnosprawnych
zamieszkujących powiat słupski)

Ogółem: z tego:
do lat 18: powyżej lat 18:

Pozostałe informacje:

**Czy wnioskodawca poniósł
nakłady finansowe na realizację
wnioskowanego przedsięwzięcia:**

Nie:

Tak :

**Czy wnioskodawca posiada
środki finansowe na
sfinansowanie zadania
określonego we wniosku
(w wysokości nieobjętej
dofinansowaniem) ?**

Nie:

Tak :

Przewidywane rezultaty realizacji przedsięwzięcia (w tym dla osób niepełnosprawnych):

Oświadczam, że zobowiązuję się do zatrudnienia fachowej kadry do realizacji wnioskowanego przedsięwzięcia.

Oświadczam, że zapewnię odpowiednie do potrzeb osób niepełnosprawnych warunki lokalowe i techniczne do realizacji wnioskowanego przedsięwzięcia.

Oświadczam, że podane w części A i B wniosku informacje są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

..... dniar.

.....

.....

pieczętka imienna

pieczętka imienna

podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Wnioskodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych

Pouczenie:

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki części A oraz części B, ewentualnie wpisać „**Nie dotyczy**”. W przypadku, gdy w formularzu Wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiedniej rubryce wpisać „**W załączeniu - załącznik nr**” czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryki formularza, których dotyczą.

Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku :

Nazwa załącznika:		Załączono do wniosku (wypełnia pracownik PCPR)	
1.	Aktualny wypis z rejestru sądowego (wydany nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku) lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, w przypadku JST uchwała o utworzeniu (oryginały lub kopie poświadczone za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wnioskodawcy).		
2.	Aktualny statut (kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wnioskodawcy).		
3.	Pełnomocnictwo – w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez osoby upoważnione do reprezentowania Wnioskodawcy.		
4.	Oświadczenie o posiadaniu środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON – podpisane przez osoby uprawnione do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych Wnioskodawcy		
5.	Dokumenty świadczące o prowadzeniu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku		
6.	Dokumenty potwierdzające warunki lokalowe i techniczne, w jakich przebywać będą osoby niepełnosprawne, w związku z realizacją zadania wskazanego we wniosku		

Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku - dotyczy przedsiębiorców i zpch:

Nazwa załącznika:		Załączono do wniosku (wypełnia pracownik PCPR)	
1.	Zaświadczenia o pomocy de minimis otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o nieskorzystaniu z pomocy de minimis w tym okresie		
2.	Informacje o każdej pomocy innej niż de minimis, jaką otrzymał w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc de minimis,		
3.	Oświadczenie, że nie jest przedsiębiorcą znajdującym się w trudnej sytuacji ekonomicznej, według kryteriów określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących udzielania pomocy.		
4.	Dokumenty z Urzędu Skarbowego (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku): zaświadczenie o niezaleganiu z podatkami lub decyzja o ewentualnym zwolnieniu z podatków – oryginał lub kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wnioskodawcy.		
5.	Zaświadczenie z ZUS o nieposiadaniu wymagalnych zobowiązań (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku) – oryginał lub kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wnioskodawcy.		
6.	Decyzja w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej - oryginał lub kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wnioskodawcy		
7.	Informacja o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku		
8.	Dokumenty świadczące o prowadzeniu działalności na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalności związanej z rehabilitacją osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku		
9.	Dokumenty potwierdzające warunki lokalowe i techniczne, w jakich przebywać będą osoby niepełnosprawne, w związku z realizacją zadania wskazanego we wniosku		

Oświadczenie dotyczące ochrony danych osobowych

Oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a, że:

1. Administratorem przekazanych danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku, ul. Sienkiewicza 20, 76-200 Słupsk;**
2. Inspektorem ochrony danych jest Pan Piotr Piątak, z którym można kontaktować się e-mailowo: ppiatak@kancelariapiatak.pl;
3. Administrator danych przetwarza dane osobowe w celu realizacji złożonego wniosku i obowiązków wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
4. Podstawą przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit c Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego I Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych);
5. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i osoba, której dane dotyczą, jest zobowiązana do ich podania. Odmowa podania danych osobowych skutkować będzie konsekwencjami określonymi w ustawie wskazanej w pkt 3;
6. Dane osobowe przetwarzane będą przez okres wynikający z przepisów określonych w pkt 3 oraz z obowiązku ich archiwizowania;
7. Osoby, których dane osobowe są przetwarzane, posiadają prawo dostępu do danych osobowych dotyczących ich osoby, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych, w sytuacjach dopuszczonych przez przepisy obowiązującego prawa;
8. Osoby, których dane osobowe są przetwarzane mają prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
9. Dane osobowe, które są przetwarzane w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Słupsk, dnia.....

.....
(podpis osoby ubiegającej się o świadczenie)

