

**ZARZĄD POWIATU
TARNOBRZESKIEGO**

UCHWAŁA NR 34/144/2016

Zarządu Powiatu Tarnobrzckiego z dnia 20 grudnia 2016 r. w sprawie wyrażenia opinii dotyczącej przyjęcia szczegółowych zasad udzielania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na rok 2017.

Na podstawie :

- art. 32, ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1988 r. o samorządzie powiatowym (tj.Dz. U. z 2016r. poz. 814 z późn. zm.)
- art. 35a ust 1 pkt. 7 pkt. a-e ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity Dz. U. 2011r. Nr 127 poz. 721 z późn. zm.)
- Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 roku w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U z 2015r. poz. 926 z późn. zm.).

Zarząd Powiatu Tarnobrzckiego uchwała co następuje:

§1.

Zatwierdza się szczegółowe zasady:

- przyznawania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych w Powiecie Tarnobrzckim, stanowiący załącznik nr 1 do niniejszej uchwały,
- przyznawania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do likwidacji barier architektonicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych w Powiecie Tarnobrzckim, stanowiący załącznik nr 2 do niniejszej uchwały,
- przyznawania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do turnusów rehabilitacyjnych, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, sprzętu rehabilitacyjnego oraz organizacji sportu kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych w Powiecie Tarnobrzckim, stanowiący załącznik nr 3 do niniejszej uchwały.

§ 2

Wykonanie uchwały powierza się Kierownikowi Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Tarnobrzegu i Staroście Tarnobrzkiemu.

§3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Członkowie Zarządu Powiatu:

1. Paweł Bartoszek.....
2. Krzysztof Pitra
3. Krystyna Kozieja
4. Danuta Serafin
5. Jerzy Sudoł

Załącznik Nr 1
do Uchwały nr 34/144/2016
Zarządu Powiatu Tarnobrzесьkiego
z dnia 20.12.2016 r.

Zasady udzielania dofinansowania osobie niepełnosprawnej do likwidacji barier technicznych i w komunikowaniu się z środkami Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

1. O dofinansowanie ze środków Funduszu na likwidację barier w komunikowaniu się i technicznych, jeśli ich realizacja umożliwi w znacznym stopniu osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych kontaktów z otoczeniem, mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, które spełniają następujące warunki:

- posiadają orzeczenie, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt. 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity Dz.U. z 2011r. Nr 127, poz. 721 z późn. zm.), a w przypadku osoby o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopie orzeczenia stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanym przed 1 stycznia 1998r.,
- jest uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności, których rodzaj jest potwierdzony, aktualnym ważnym 1 miesiąc od daty wystawienia, zaświadczeniem lekarskim,
- posiadają zgodę właściciela lokalu budynku mieszkalnego – jeśli jest taka zgoda potrzebna.

2. Dofinansowaniem ze środków finansowych Funduszu może być objęty zakup urządzeń (wraz z montażem) lub wykonaniem usług z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych zawartych w katalogu, który w szczególności obejmuje:

2.1 Katalog likwidacji barier w komunikowaniu się;

1) 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,
- inne sygnalizatory optyczne i wibracyjne zastępujące dźwięk.

2) zakup i montaż faksu,

3) zakup i montaż aparatów telefonicznych z funkcją głośnomówiącą,

4) zakup i montaż wzmacniacza do aparatu telefonicznego,

5) telefon komórkowy,

6) wideo domofon (dla osób głuchoniemych),

7) budziki świetlne, wibracyjne,

8) odtwarzacz DVD dla osób głuchoniemych),

9) urządzenia wspomagające odbiór dźwięku z TV lub radia, słuchawki, mini pętli indukcyjnych,

10) zakup laryngofonu,

11) zakup indywidualnych urządzeń akustycznych przybliżających dźwięki (działających na FM lub podczerwień – jeżeli nie są ujęte w wykazie środków pomocniczych NFZ),

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

13) zakup i montaż aparatów telefonicznych (w tym z cewką indukcyjną w słuchawce, wzmacniaczem lub klawiaturą brajlowską),

14) zakup maszyny do pisania pismem Braille'a,

15) zakup materiałów optycznych i elektrooptycznych (lupy, okulary, monookulary, okulary lornetowe, powiększalniki telewizyjne, lupy monitorowe, itp. Jeśli nie są ujęte w wykazie środków pomocniczych NFZ),

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

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

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

19) zakup urządzeń i materiałów do sporządzania napisów brajlowskich,

20) zakup komputera dla osób niepełnosprawnych głuchoniemych, niemych oraz ze znacznymi schorzeniami mowy, uniemożliwiającymi porozumiewanie za pomocą aparatu mowy, w sytuacji gdy dofinansowany sprzęt przyczyni się do znacznej poprawy jakości funkcjonowania w zakresie swobodnego porozumiewania się :

a) komputer,

b) niezbędne oprogramowanie umożliwiające połączenia internetowe,

b) drukarka, skaner, bądź inne urządzenia poszerzające funkcje komunikacyjne komputera.

Dofinansowanie powyższego sprzętu winno być ściśle związane z potrzebami osoby niepełnosprawnej, potwierdzonymi przez lekarza specjalistę odpowiedniego do występujących schorzeń.

2.2 Katalog likwidacji barier technicznych:

1) zakup i montaż urządzenia wspomagającego „Sam” (dla osób z porażeniem czterokończynowym),

2) zakup transportera schodowego,

3) zakup podnośnika wannowego,

4) zakup leżaka kąpielowego,

- 5) zakup szyn podjazdowych,
- 6) zakup kuchenki mikrofalowej dla osób niewidomych,
- 7) zakup kuchni elektrycznej dla osób niewidomych (przy wymianie z kuchni węglowej lub gazowej),
- 8) zakup pralki automatycznej z oznakowaniem brajla lub mówiąca (dla osób samotnie zamieszkałych lub zamieszkujących wspólnie z osobami niepełnosprawnymi o znacznym stopniu niepełnosprawności)
- 9) zakup krzesła sedesowego,
- 10) zakup wózka toaletowego, sedesowego , prysznicowego
- 11) zakup uchwytów i oporęczowania,
- 12) zakup taboretu prysznicowego,
- 13) zakup łóżka ułatwiającego funkcjonowanie osoby niepełnosprawnej obłożnie chorej (z regulowanym położeniem zagłówka i podnóżka oraz regulowaną wysokością leża),
- 14) osprzęt łóżka ułatwiający wstawanie oraz zabezpieczający przed upadkiem (drabinki, blokady),
- 15) przedmioty ułatwiające przemieszczanie się (obrotnica, mini i maxi nosze, podkłady i deski ślizgowe),
- 16) podnośnik do podnoszenia i transportu chorego,
- 17) aparat lub urządzenia do wykrywania przeszkód dla osób z dysfunkcją z wzroku,
- 18) zakup przyrządu do podpisywania się,
- 19) zakup kolorowego filtra kontrastowego,
- 20) zakup kolorowych testerów,
- 21) zakup materiałów i urządzeń pomiarowych (z odczytem brajlowskim lub głośnomówiącym),
 - czasomierz (brajlowski, mówiący z wyświetlaczem lub dużymi cyframi) w tym zegarek ręczny, budzik,
 - kalkulator (mówiący),
 - termometr (z odczytem brajlowskim, mówiący lub o powiększonym polu odczytu),
 - waga (z odczytem brajlowskim, mówiąca lub o powiększonym polu odczytu)
 - brajlowska miara krawiecka lub stolarska,
 - urządzenie sygnalizacyjno – informacyjne (wskaźnik poziomu cieczy),
- 22) zakup mówiącego urządzenia do diagnostyki medycznej (glukometr, ciśnieniomierz) - dofinansowanie winno być poparte indywidualnymi potrzebami osoby niepełnosprawnej potwierdzonymi przez lekarza specjalistę, odpowiedniego do występujących schorzeń,
- 23) zakup roweru typu tandemu lub trójkołowego,
- 24) zakup roweru z silnikiem,
- 25) krawiec, nożo- widelec, dla prawo i lewo ręcznych, nożo – łyżka, nóż, kubek z dwoma uchwytami (dla osób z niedowładem kończyn górnych),
3. W szczególnych i uzasadnionych przypadkach, dofinansowaniem ze środków Funduszu mogą być objęte zakupy urządzeń lub wykonania usług z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych, nie wymienione w katalogu, o którym mowa w pkt. 2.
4. Wnioskodawca w zależności od stopnia i rodzaju niepełnosprawności wybiera z katalogu, o którym mowa w pkt. 2, z zastrzeżeniem pkt. 3, urządzenia lub usługi których zakup lub wykonanie ma być objęte dofinansowaniem.
5. Wysokość dofinansowania likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych dla osób niepełnosprawnych wynosi do 95% kosztów przedsięwzięcia, nie więcej jednak niż do wysokości piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia.
6. Dofinansowanie na likwidację barier w komunikowaniu się i technicznych nie przysługuje osobom niepełnosprawnym, które w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku uzyskały odpowiednio na te cele dofinansowanie ze środków Funduszu.
7. Wnioski o udzielenie dofinansowania osobie fizycznej należy składać we właściwym terytorialnie dla miejsca zamieszkania osoby niepełnosprawnej Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie, zwanym dalej „Centrum”
8. Wniosek w imieniu osoby, o której mowa w pkt. 1, może złożyć przedstawiciel ustawowy, prawny opiekun ustanowiony sądownie lub pełnomocnik ustanowiony notarialnie.
9. Wnioski przyjmowane są przez cały rok, a decyzje o przyznaniu lub odmowie przyznania dofinansowania podejmowane są w kolejności napływania kompletnych wniosków, aż do momentu wyczerpania środków finansowych Funduszu (przeznaczonych przez Radę Powiatu na likwidację barier) na dany rok kalendarzowy.
10. Likwidacja barier w komunikowaniu się i technicznych będzie dofinansowywana w wysokości 50% kosztów przedsięwzięcia, jednak nie więcej niż **1.500,00 zł** do jednego urządzenia.
11. Nie podlegają rozpatrzeniu wnioski:
 - 1) niekompletne, z zastrzeżeniem pkt. 11,
 - 2) osoby, które mają zaległości wobec Funduszu lub były, w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po ich stronie.
12. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w terminie 7 dni od dnia złożenia wniosku, informuje podmiot, który złożył wniosek, o występujących we wniosku uchybieniach, które powinny być usunięte w terminie 30 dni. Nieusunięcie ich w wyznaczonym terminie powoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.
13. Wzór formularza wniosku o dofinansowanie stanowi załącznik nr 1 do niniejszych Zasad.
Do wniosku należy dołączyć:
 - kopię orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt. 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (jednolity tekst Dz.U. z 2011 r. Nr 127 poz. 721 z późn. zm.),
 - kopię orzeczenia o niepełnosprawności osób zamieszkałych wspólnie z wnioskodawcą, w przypadku takich osób,

- aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, jeśli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu,,
 - oświadczenie o dochodach wnioskodawcy i osób wspólnie zamieszkałych z wnioskodawcą,
 - zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy,
 - zgodę właściciela lokalu lub budynku (w koniecznych przypadkach),
 - oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych.
- 14. Przy rozpatrywaniu wniosku bierze się pod uwagę:**
- całkowity koszt zakupu urządzenia (wraz z montażem)
 - koszt wykonywania usługi likwidującej bariery w komunikowaniu się lub technicznej,
 - stopień i rodzaj niepełnosprawności,
 - wspólne zamieszkiwanie z innymi osobami niepełnosprawnymi,
 - sytuację zawodową,
 - uczęszczanie do szkoły, w tym wyższej,
 - prowadzenie gospodarstwa domowego samotnie lub z rodziną,
 - średni dochód na członka rodziny
 - możliwość finansowania z innych źródeł niż Fundusz,
 - wcześniejsze korzystanie przez wnioskodawcę ze środków Funduszu na likwidację barier w komunikowaniu się i technicznych lub inne cele ustawowe.
- 15. Rozpatrywanie wniosków obejmuje:**
- 1) ocenę zasadności wniosku,
 - 2) sprawdzenie, czy wniosek posiada wymagane załączniki,
 - 3) ocenę sytuacji materialnej wnioskodawcy,
 - 4) sprawdzenie wiarygodności podanych we wniosku informacji, również przez ewentualne dokonanie wizji lokalnej,
 - 5) dokonanie oceny wniosku wg skali punktowej zgodnie z załącznikiem nr 2 do niniejszych zasad.
- 16. Pierwsze rozpatrywanie wniosków następuje po zatwierdzeniu podziału środków przez Radę Powiatu.**
- 17. Realizacja wniosków następuje w miarę posiadanych przez Centrum środków, wg kolejności ustalonej przez komisję, która bierze pod uwagę zakres dofinansowania, rodzaj i stopień niepełnosprawności oraz ilość uzyskanych punktów. Po rozpatrzeniu wniosku Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie informuje wnioskodawcę o przyznaniu bądź odmowie przyznania dofinansowania, w ciągu 10 dni.**
- 18. Podanie przez wnioskodawcę lub przedstawiciela ustawowego albo prawnego opiekun informacji niezgodnych z prawdą, eliminują wniosek z dalszego rozpatrywania.**
- 19. Po przyznaniu środków na dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych, zawarta zostaje umowa, określająca w szczególności:**
- kwotę dofinansowania i jej przeznaczenie,
 - sposób przekazania dofinansowania,
 - termin i sposób rozliczenia dofinansowania.
- 20. Zawarcie umowy powinno nastąpić nie później niż w ciągu 2 tygodni od daty zawiadomienia wnioskodawcy o przyznaniu dofinansowania.**
- 21. Środki finansowe Funduszu przekazywane są zgodnie z warunkami określonymi w umowie na dofinansowanie zakupu urządzeń (wraz z montażem) lub wykonania usługi z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych, zawartej z wnioskodawcą.**
- 22. Środki finansowe, o których mowa w pkt. 19, są przekazywane przelewem na wskazany rachunek bankowy dostawcy (sprzedawcy) urządzeń lub wykonawcy usług, wnioskodawcy lub wypłacane w kasie Starostwa Powiatowego, po przedłożeniu przez wnioskodawcę następujących danych:**
- 1) oryginału faktury VAT wystawionej zgodnie z obowiązującymi przepisami, określającej w szczególności:
 - wnioskodawcę, jako nabywcę urządzenia lub usługi,
 - specyfikację zakupu,
 - wartość brutto zakupionego urządzenia lub koszt wykonania usług,
 - termin płatności,
 - datę odbioru urządzenia lub wykonania usługi,
 - nr rachunku bankowego dostawcy (sprzedawcy) lub wykonawcy usługi,
 - 2) potwierdzenia dokonania płatności na rachunek bankowy dostawcy (sprzedawcy) urządzenia lub wykonawcy usługi, w części przypadającej na wnioskodawcę, zgodnie z zawartą umową.
- 23. Ze środków Funduszu nie mogą być pokrywane koszty poniesione przez wnioskodawcę przed dniem podpisania umowy.**
- 24. W rozliczeniu nie uwzględnia się kosztów opłat i kar umownych, a także podatków od towaru i usług, w przypadku, gdy wnioskodawca jest płatnikiem VAT.**
- 25. Przekazywanie środków finansowych, o których mowa w ust. 1 nastąpi w terminie 14 dni od dnia złożenia kompletu dokumentów, o których mowa w pkt. 20.**
- 26. Niniejsze zasady mają zastosowanie tylko wówczas, gdy przepisy ustawy i rozporządzenia wykonawczego nie rozstrzygają inaczej.**

do zasad i procedur udzielania osobie fizycznej dofinansowania ze środków finansowych PFRON na likwidację barier w komunikowaniu się i technicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych.

pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

nr kolejny wniosku

.....
(data wpływu kompletnego wniosku)

W N I O S E K

o dofinansowanie zakupu urządzeń (wraz z montażem *) lub wykonania usług * z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych.

Uwaga, przed wypełnieniem wniosku proszę zapoznać się z zasadami i procedurami udzielania osobie fizyczne dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na likwidację barier w komunikowaniu się i technicznych

Wnioskodawca (proszę wypełnić drukowanymi literami)

..... syn / córka

.....
imię (imiona) i nazwisko

imię

ojca

seria..... nr wydany w dniu przez

.....
dowód osobisty

.....nr

PESEL.....

miejscowość ulica nr domu nr lokalu

dokładny adres

nr kodu - poczta powiat

województwo nr tel./ faxu (z nr kier.)

Proszę o dofinansowanie

.....
należy podać nazwę urządzenia (ewentualny montaż), rodzaj usługi

.....
w łącznej wysokości

..... zł

(słownie

..... zł).

co stanowi % ceny brutto, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł.

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

* niepotrzebne skreślić

Krótkie uzasadnienie składanego wniosku:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Informacje o Wnioskodawcy

I. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik ⁽¹⁾

1. znaczny,	
❖ Inwalidzi I grupy,	
❖ Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji,	
❖ Osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
❖ Osoby w wieku do lat 16 z orzeczeniem o niepełnosprawności (w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat z orzeczonym stopniem niepełnosprawności), którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
2. umiarkowany,	
❖ Inwalidzi II grupy,	
❖ Osoby całkowicie niezdolne do pracy,	
❖ Inwalidzi III grupy ze względu na głuchotę lub głuchoniemotę	
3. lekki,	
❖ Pozostali inwalidzi III grupy	
❖ Osoby częściowo niezdolne do pracy,	
❖ Osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

II. Rodzaj niepełnosprawności ⁽¹⁾

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

III. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą (w tym osoby niepełnosprawne)

	Imię i nazwisko	Pokrewieństwo	Niepełnosprawność	
			stopień ⁽²⁾	rodzaj ⁽³⁾
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

6.			
7.			

IV. Sytuacja zawodowa ⁽¹⁾

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

- (1) proszę wstawić znak X we właściwej rubryce
(2) proszę wstawić właściwe oznaczenie cyfrowe z tablicy I
(3) proszę wstawić właściwe oznaczenie cyfrowe z tablicy I
(4) * niepotrzebne skreślić

IV. Średni dochód miesięczny (brutto) na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy ⁽¹⁾

1. poniżej 500.00 zł	
2. 501.00 – 600.00 zł	
3. 601.00 – 700.00 zł	
4. 701.00 – 800.00 zł	
5. 801.00 – 900.00 zł	
6. 901.00 – 1.000.00 zł	
7. 1.001.00 – 1.100.00 zł	
8. 1.101.00 – 1.200.00 zł	
9. powyżej 1.200.00 zł	

Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

1. na likwidację barier w komunikowaniu się:	
1.1 nie korzystałem	
1.2 korzystałem (w tym ze środków przyznanych przez WOZiRON)	
a) przedmiot dofinansowania	
b) data otrzymania dofinansowania	
c) kwota dofinansowania [zł]	
2. korzystałem na inne cele ustawowe i rozliczyłem się	
3. korzystałem na inne cele ustawowe i jestem w trakcie rozliczenia	
4. korzystałem i nie rozliczyłem się	

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

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

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

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 poz. 922).

.....
ustawowego* (podpis Wnioskodawcy*, przedstawiciela

Opiekuna prawnego* pełnomocnika*)

Przedstawiciel ustawy (dla małoletniego Wnioskodawcy), Opiekun prawny lub Pełnomocnik

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

..... miejscowość ulica nr domu nr lokalu
.....
..... dokładny adres
nr kodu - poczta powiat
.....

województwo nr tel./ faxu (z nr kier.)
.....

ustanowiony Opiekunem* /Pełnomocnikiem*
.....
* postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. sygn. akt
.....
*na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza
.....
z dn. repet. Nr
.....

(1) proszę wstawić znak X we właściwej rubryce

Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia, o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik.
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób.
3. **Aktualne zaświadczenie specjalistów** zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, wskazujące w sposób jednoznaczny na potrzebę wyposażenia wnioskodawcy w urządzenia umożliwiające osobie niepełnosprawnej sprawne funkcjonowanie w społeczeństwie i w życiu codziennym- **dla barier technicznych,**
4. **Aktualne zaświadczenie specjalistów,** zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności, wskazujące w sposób jednoznaczny na trudność wnioskodawcy w komunikowaniu się i podłożę występujących trudności w komunikowaniu się – **dla barier w komunikacji,**
5. Oświadczenie o dochodach Wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą.
6. Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.
7. Zgoda właściciela budynku lub lokalu mieszkalnego, jeżeli taka zgoda jest wymagana.

Adnotacje przyjmującego wniosek

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

I. Ocena zasadności wniosku

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

.....

(data i podpis)

II. Opinia Komisji ds. opiniowania wniosków o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się

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

.....

.....

.....

(data)

.....

(podpisy)

III. Decyzja o przyznaniu dofinansowania

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

.....

(data i podpis)

INFORMACJA

osoby niepełnosprawnej o osiągniętych średnich dochodach miesięcznych na 1 członka rodziny za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku

Nazwisko i imię

.....

Adres zamieszkania

.....

(miejscowość, ulica, numer domu)

I. Dane dotyczące niepełnosprawnego (wnioskodawcy) o osiągniętych przez niego średnio miesięcznych dochodach zakwartał 20.....roku.

1. wynagrodzenie – średni miesięczny dochód za kwartał 20.....roku -
zł
2. emerytura - renta średni miesięczny dochód za kwartał 20.... roku -
zł
3. dochód rolno- (z ha przeliczeniowego)
.....
4. inne (alimenty, zasiłki, itp.)
.....

.....

II. Dane dotyczące członków rodziny niepełnosprawnego pozostających z nim we wspólnym gospodarstwie domowym:

Pokrewieństwo	Nazwisko i imię	Data urodzenia	Przeciętny dochód netto w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek	
			rodzaj dochodu	wysokość

Średni dochód miesięczny dochód na 1 członka rodziny za kwartał 20... roku
wynosi.....

Do informacji załączam dowodów.

.....

(miejscowość, data)

(podpis

niepełnosprawnego)

Załączniki:

1. Oświadczenie o dochodach netto za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku

Uzasadnienie potrzeby likwidacji barier w komunikowaniu się :

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

.....
specjalisty

Pieczęć i podpis lekarza

.....
(Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej)

.....
(data i miejsce)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

**wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Tarnobrzegu –
dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych
likwidacji barier technicznych**

Proszę wypełnić w języku polskim czytelnie

Imię i nazwisko :

Adres zamieszkania :

PESEL :

Rozpoznanie choroby zasadniczej (w języku polskim)

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

Trudności w zakresie technicznym związane są z rodzajem dysfunkcji:

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

Sprawność danego narządu / układu sprawia trudność w stopniu :

- znacznym,
- umiarkowanym,
- lekkim

Rodzaj sprzętu / urządzenia służącego likwidacji barier technicznych tj. ułatwieniu lub umożliwieniu osobie niepełnosprawnej swobodnego funkcjonowania w życiu codziennym:

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

Osoba wymaga likwidacji barier technicznych tak nie

Uzasadnienie potrzeby likwidacji barier technicznych:

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

.....
specjalisty

Pieczęć i podpis lekarza

OŚWIADCZENIE

Imię , nazwisko i miejsce zamieszkania osoby składającej oświadczenie:

.....
.....

Ja niżej podpisany(a) pouczone(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233§ 1 KK za składanie fałszywych zeznań, składam stosownie do art. 75 § 2 KPA

oświadczenie następującej treści:

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

..... dn.:.....

(podpis osoby składającej oświadczenie)

Oświadczenie zostało przyjęte przez:

Art. 233 § 1 KK

Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

Art. 75 § 2 KPA

Jeżeli przepis prawa nie wymaga urzędowego potwierdzenia określonych faktów lub stanu prawnego w drodze zaświadczenia właściwego organu administracji, organ administracji publicznej odbiera od strony, na jej wniosek, oświadczenie złożone pod rygorem odpowiedzialności za fałszywe zeznania.

Załącznik nr 2 do "zasad udzielania dofinansowania osobie niepełnosprawnej na likwidację barier w komunikowaniu się i technicznych ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych"

SKALA PUNKTOWA DLA WNIOSKÓW SKŁADANYCH PRZEZ OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE

I. Rodzaj niepełnosprawności – według treści orzeczenia* i zaświadczenia lekarza specjalisty

* Przez orzeczenie należy rozumieć:

- 1) orzeczenie o zakwalifikowaniu do jednego z trzech stopni niepełnosprawności,
 - 2) orzeczenie o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy,
 - 3) orzeczenie o zaliczeniu do osób niepełnosprawnych przed 16 rokiem życia,
 - 4) orzeczenie o zaliczeniu do jednej z grup inwalidzkich,
 - 5) orzeczenie o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydane przed 1 stycznia 1998r.
-
- 1) osoby z dysfunkcją narządów ruchu, poruszające się na wózku inwalidzkim lub po amputacji dłoni albo rąk 10 pkt.
 - 2) inne osoby z dysfunkcją ruchu o stopniu niepełnosprawności :
 - a) znacznym 8 pkt.
 - b) umiarkowanym 4 pkt.
 - c) lekkim 1 pkt.
 - 3) osoby z dysfunkcją narządu wzroku o stopniu niepełnosprawności:
 - a) znacznym 6 pkt.
 - b) umiarkowanym 3 pkt.
 - c) lekkim 1 pkt.
 - 4) osoby z dysfunkcją słuchu lub mowy o stopniu niepełnosprawności:
 - a) znacznym 6 pkt.
 - b) umiarkowanym 3 pkt.
 - c) lekkim 1 pkt.
 - 5) osoby z deficytami rozwojowymi (upośledzone umysłowo) o stopniu niepełnosprawności:
 - a) znacznym 5 pkt.
 - b) umiarkowanym 2 pkt.
 - c) lekkim 0 pkt.
 - 6) osoby niepełnosprawne z ogólnego stanu zdrowia o stopniu niepełnosprawności:
 - a) znacznym 4 pkt.
 - b) umiarkowanym 2 pkt.
 - c) lekkim 0 pkt.

W przypadku kilku osób niepełnosprawnych, zameldowanych i zamieszkałych we wspólnym lokalu, sumuje się punkty za rodzaje niepełnosprawności pozostałych członków rodziny – w przypadku, gdy nie złożyli oni odrębnych wniosków, a zakres zadania obejmuje likwidację barier dla wszystkich niepełnosprawnych członków rodziny głównego wnioskodawcy

W przypadku wystąpienia u wnioskodawcy różnych rodzajów niepełnosprawności (niepełnosprawność sprzężona), ustalonych na podstawie orzeczenia i zaświadczenia lekarza specjalisty, sumuje się ilość punktów właściwych z pozycji w punktach 1-6.

II. Sytuacja zawodowa:

- 1) zatrudniony lub prowadzący działalność gospodarczą 6 pkt.
- 2) młodzież od lat 18 do 24 ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca 4 pkt.
- 3) nie zatrudniony (bezrobotny lub rencista) poszukujący pracy 3 pkt.
- 4) nie zatrudniony (emeryt lub rencista) nie zainteresowany podjęciem pracy 1 pkt.
- 5) dzieci i młodzież do lat 18 4 pkt.

III. Sytuacja mieszkaniowa:

- 1) warunki mieszkaniowe:
 - a) złe..... 3 pkt.
 - b) przeciętne 2 pkt.
 - c) dobre 1 pkt.
 - d) bardzo dobre..... 0 pkt.
- 2) zamieszkuje:
 - a) samotnie..... 5 pkt.
 - b) z rodziną..... 2 pkt.

IV. Średni dochód miesięczny na członka gospodarstwa domowego:

Poniżej 500,00 zł	8 pkt.
501,00 - 600,00 zł	7 pkt.
601,00 - 700,00 zł	6 pkt.
701,00 - 800,00 zł	5 pkt.
801,00 - 900,00 zł	4 pkt.
901,00 - 1.000,00 zł	3 pkt.
1.001,00 - 1.100,00 zł	2 pkt.
1.101,00 - 1.200,00 zł	1 pkt.
Powyżej 1.200,00 zł	0 pkt.

V. Korzystanie ze środków finansowanych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych:

- 1) na likwidację barier w komunikowaniu się i technicznych
- a) nie korzystał 2 pkt.
 - b) korzystał i rozliczył się 0 pkt.
- 2) korzystał na inne cele ustawowe i rozliczył się 1 pkt.
- 3) korzystał na inne cele ustawowe i jest w trakcie rozliczania 0 pkt.

**Załącznik Nr 2
do Uchwały nr 34/144/2016
Zarządu Powiatu Tarnobrzeskiego
z dnia 20.12.2016 r.**

Zasady udzielania dofinansowania osobie niepełnosprawnej na likwidację barier architektonicznych ze środków Państwowego funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

1. O dofinansowanie ze środków Funduszu likwidacji barier architektonicznych, jeżeli ich realizacja umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem, mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, które spełniają następujące warunki:

- a) posiadają orzeczenie, o którym mowa w art.1,art. 5 pkt.1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (jednolity tekst Dz. U. z 2011r nr 127poz.721 z późn. zm.), w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopie orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998r.,
- b) mają trudności w poruszaniu się i rodzaj ich niepełnosprawności potwierdzony jest aktualnym ważnym 1 miesiąc od daty wystawienia, zaświadczeniem lekarskim wystawionym przez lekarza specjalistę (ortopedę, reumatologa, neurologa, chirurga) że wymaga likwidacji barier architektonicznych,
- c) są właścicielami nieruchomości lub użytkownikami wieczystymi nieruchomości albo posiadają zgodę właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego, w którym stale zamieszkują.

2. Wysokość dofinansowania likwidacji barier architektonicznych dla osoby niepełnosprawnej wynosi do 95% kosztów przedsięwzięcia, nie więcej jednak niż do wysokości piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia. Wnioskodawca, który otrzymał dofinansowanie na likwidację barier, nie może wystąpić ponownie o udzielenie dofinansowania na ten cel. Powtórnny wniosek nie może dotyczyć urzędzeń, robót i czynności, których zakup, montaż lub wykonanie było poprzednio objęte dofinansowaniem.

Umowy zawierane są na realizację zadania w okresie danego roku budżetowego, w którym przewidziano dofinansowanie z limitu środków finansowych przeznaczonych na likwidację barier.

3. Wnioski o udzielenie dofinansowania osobie fizycznej należy składać we właściwym terytorialnie dla miejsca zamieszkania osoby niepełnosprawnej Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie, zwanym dalej „Centrum” w każdym czasie.

4. Wniosek w imieniu osoby, o której mowa w pkt. 1 może złożyć przedstawiciel ustawowy, prawny opiekun ustanowiony postanowieniem Sądu lub pełnomocnik ustanowiony notarialnie.

5. Wzór wniosku określa załącznik nr 1 do niniejszych Zasad.

Do wniosku należy dołączyć;

- 1) kopię orzeczenia, o którym o którym mowa w art. 1,art. 5 pkt. 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (jednolity tekst Dz. U. z 2011r. nr 127poz.721 z późn. zm.), w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust 3 ustawy, kopie orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998r.,
- 2) kopię orzeczenia o niepełnosprawności osób zamieszkałych wspólnie z wnioskodawcą,

- 3) aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu,
- 4) oświadczenie o dochodach wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z wnioskodawcą,
- 5) zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy,
- 6) zgodę właściciela lokalu budynku (w koniecznych przypadkach),
- 7) oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych,
- 8) udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (wypis z ksiąg wieczystych, mapa ewidencyjna z numerem działki),

6. Nie podlegają rozpatrzeniu wnioski :

- a. niekompletne, z zastrzeżeniem pkt. 7,
- b. osób które mają zaległości wobec Funduszu lub były, w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku , stroną umowy z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po ich stronie.

7. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w terminie 7 dni od dnia złożenia wniosku informuje podmiot, który złożył wniosek o występujących we wniosku uchybieniach, które powinny być usunięte w terminie 30 dni. Nieusunięcie ich w wyznaczonym terminie powoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.

8. W zależności od rodzaju niepełnosprawności, wymienionego w orzeczeniu stanowiącego podstawę zaliczenia do określonego stopnia niepełnosprawności oraz indywidualnych potrzeb, wnioskodawcy z katalogu o którym mowa w ustępie 1, wybierają urządzenia, materiały budowlane oraz rodzaj robót lub innych czynności, na jaki chcą przeznaczyć środki własne i Funduszu oraz określają przewidywany całkowity koszt zadania i zakresu likwidacji barier na podstawie:

- a) Ofert producentów lub dostawców urządzeń,
- b) Indywidualnych kalkulacji producentów,
- c) Kosztorysów inwestorskich opracowanych zgodnie z obowiązującymi przepisami(przy opracowaniu kosztorysów zaleca się stosowanie informatorów regionalnych, a w przypadku braku odpowiednich pozycji można stosować ceny rynkowe),

9. Katalog rzeczowy urządzeń, materiałów budowlanych, robót lub innych czynności jakie mogą być objęte dofinansowaniem na wniosek osoby fizycznej, w szczególności obejmują z zastrzeżeniem pkt. 12.

1) dla osoby niepełnosprawnej ruchowo, z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim oraz z dysfunkcją narządu ruchu – potwierdzonym orzeczeniem i aktualnym zaświadczeniem lekarskim:

- a) budowę pochylni i dojścia do budynku mieszkalnego, zapewniającego osobom niepełnosprawnym samodzielny dostęp do lokalu,
- b) dostawę, 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 oraz uchwytów ułatwiających korzystanie z urządzeń higieniczno – sanitarnych,
- d) roboty polegające na:
- likwidacji progów,
 - likwidacji zróżnicowania poziomu podłogi,
- e) przystosowanie drzwi:
- zakup i montaż drzwi wejściowych o szerokości w świetle ościeżnicy co najmniej 90 cm, pozostałych – co najmniej 80 cm (dla wnioskodawców na wózkach inwalidzkich),
 - zakup i montaż drzwi przesuwnych (dla wnioskodawców na wózkach inwalidzkich),
 - zakup i zamontowanie systemu otwierania drzwi, w tym balkonowych, z przyciskiem (dla wnioskodawców o niesprawnych kończynach górnych),
 - 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, umożliwiających ich samodzielną obsługę przez osobę poruszającą się na wózku inwalidzkim- gdy montaż okuć ze względu na stan techniczny okien i drzwi jest możliwy w kuchni, łazience i jednym pokoju, wybranym przez wnioskodawcę,
 - zakup i wymiana okien i drzwi balkonowych w przypadkach o których mowa wyżej, gdy montaż okuć nie jest możliwy,
 - zakup i zainstalowanie systemu automatycznego otwierania drzwi garażu – dla wnioskodawców posiadających i prowadzących samodzielnie samochód oraz prowadzących działalność gospodarczą lub zatrudnionych na podstawie umowy o pracę(o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności),
- f) budowę przyłączy wodociągowych i kanalizacyjnych od sieci zewnętrznej oraz instalacji wodociągowej i kanalizacyjnej,
- g) adaptację innego pomieszczenia na pomieszczenie higieniczno – sanitarne dla osób niepełnosprawnych w przypadku gdy dotychczasowe pomieszczenie uniemożliwia wykonywanie zabiegów higieniczno-sanitarnych, a także przystosowanie pomieszczeń higieniczno – sanitarnych dla potrzeb wnioskodawcy, w tym:
- zakup urządzeń sanitarnych przystosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych:
 - umywalki,
 - zestawu WC kompakt,
 - baterii umywalkowej,
 - baterii natryskowej,
 - krzesła prysznicowego,
 - kabiny prysznicowej z brodzikiem nie wyższym niż 5 cm w przypadku gdy niemożliwa jest budowa natrysku,
 - budowy natrysku z wyprofilowanym spadem do kratki ściekowej: wyposażonego w drążek i zasłonę,
 - dostosowanie instalacji wodno-kanalizacyjnej,
 - przełożenia instalacji elektrycznej w przypadkach spowodowanych zmianą rozmieszczenia sprzętów sanitarnych w łazience: powiększenia powierzchni oraz koniecznością obniżenia wysokości gniazd i wyłączników dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich,
 - położenia płytek ściennych (w ilości 6 m²) płytek podłogowych antypoślizgowych w uzasadnionych przypadkach,
 - wykonanie prac tynkarsko- murarskich w przypadku gdy taka konieczność wynika z prowadzenia w/w robót, a także powiększenia powierzchni łazienki,
 - lub innych prac wynikających z uzasadnionych potrzeb osób niepełnosprawnych.
- h) budowę instalacji oraz zakup i montaż urządzeń do ogrzewania z własnym źródłem ciepła na paliwo gazowe, olejowe lub energię elektryczną w lokalu lub budynku mieszkalnym osoby niepełnosprawnej ze znacznym stopniem niepełnosprawności poruszającej się na wózku mieszkającej samotnie lub z inną osobą niepełnosprawną niezdolną do udzielenia pomocy,
- i) przystosowanie wyposażenia kuchni do samodzielnej obsługi przez osobę niepełnosprawną, w tym:

- obniżenie i obudowanie zlewozmywaka oraz zakup i montaż niskich blatów, umożliwiających dojazd wózkiem inwalidzkim,
- zakup i montaż ruchomych pótek oraz pojemników o specjalnych prowadnicach,
- zakup i montaż zawiasów umożliwiających otwieranie drzwiczek pod kątem większym niż 90° (do 170°),
- zakup i montaż zatrasków magnetycznych.

2) dla osób z dysfunkcją narządu wzroku:

- a) dostawę, zakup i montaż poręczy i uchwytów w ciągach komunikacyjnych oraz uchwytów ułatwiających korzystania z urządzeń higieniczno – sanitarnych,
 - b) roboty polegające na:
 - likwidacji progów,
 - likwidacji zróżnicowania poziomu podłogi,
 - c) wymianę wykładziny podłogowej na antypoślizgową (w miarę konieczności z podłożem) jeżeli stwarza trudności w poruszaniu się,
 - d) oznakowanie wyposażenia lokalu i ciągów komunikacyjnych różnym kolorem lub fakturą,
 - e) budowę instalacji oraz zakup i montaż urządzeń do ogrzewania z własnym źródłem ciepła na paliwo gazowe, olejowe lub energię elektryczną w lokalu lub budynku mieszkalnym osoby niepełnosprawnej niewidomej mieszkającej samotnie lub z inną osobą niepełnosprawną niezdolną do udzielenia pomocy,
 - f) wykonanie dodatkowego oświetlenia w pomieszczeniu lub zmiana sposobu oświetlania dla wnioskodawców o umiarkowanym i znacznym stopniu niepełnosprawności.
10. Dofinansowaniem ze środków Funduszu może być objęta likwidacja barier architektonicznych w budynku już istniejącym.
 11. Jeżeli wnioskodawca nie określił we wniosku zakresu likwidacji barier – zakres dofinansowania, w zależności od rodzaju niepełnosprawności i stopnia samodzielności wnioskodawcy, ustala w porozumieniu z wnioskodawcą pracownik Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie.
 12. Dla osób z innymi rodzajami niepełnosprawności lub osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi, dofinansowaniem może być objęte, w zależności od stopnia samodzielności wnioskodawcy w zakresie samoobsługi, elementy lub roboty o których mowa w pkt. 9. Uzasadnienie zasadności dofinansowania danego elementu lub zakresu robót należy do podejmującego decyzję o przyznaniu dofinansowania.
 13. W szczególnych i uzasadnionych przypadkach, dofinansowaniem ze środków Funduszu mogą być objęte zakupy urządzeń, materiałów budowlanych, robót lub innych czynności z zakresu likwidacji barier architektonicznych, nie wymienione w katalogu o którym mowa w pkt. 9.
 14. Przy rozpatrywaniu wniosku osoby fizycznej bierze się pod uwagę: całkowity koszt zadania, stopień niepełnosprawności, rodzaj niepełnosprawności, warunki mieszkaniowe, sytuację zawodową, uczęszczanie do szkoły, w tym wyższej, prowadzenie gospodarstwa domowego samotnie lub z rodziną, średni dochód na członka rodziny oraz wcześniejsze korzystanie przez wnioskodawcę ze środków Funduszu na likwidację barier lub inne cele ustawowe. Skalę punktową do wniosków określa załącznik nr 2 do zasad.
 15. Jeżeli w lokalu zameldowana jest na stałe i mieszka więcej niż jedna osoba niepełnosprawna, punktacja określona w skali punktowej, dotycząca rodzaju niepełnosprawności podlega sumowaniu.
 16. Wniosek osoby fizycznej powinien zawierać informację, czy wnioskodawca będzie osobiście zlecał i nadzorował roboty w zakresie likwidacji barier.
 17. Rozpatrywanie wniosków odbywa się w dwóch etapach.
Etap pierwszy obejmuje:
 - 1) sprawdzenie, czy wniosek posiada wymagane załączniki,
 - 2) dokonanie wstępnej wizji lokalnej w celu weryfikacji zasadności zaproponowanego przez wnioskodawcę zakresu zadania,
 - 3) sprawdzenia wiarygodności podanych we wniosku informacji,
 - 4) dokonanie oceny wniosku wg skali punktowej,
 - 5) sporządzenie listy wniosków wg uzyskanej punktacji od najwyższej do najniższej.
 Etap drugi:
 - 1) Po sprawdzeniu pod względem formalnym, wniosek jest opiniowany przez komisję ds. rozpatrywania wniosków,
 - 2) Po przyznaniu dofinansowania wniosek przechodzi do dalszej realizacji,
 - 3) PCPR zawiadamia wnioskodawcę o przyznaniu dofinansowania i prosi wnioskodawcę o informację zwrotną, czy akceptuje przyznaną kwotę dofinansowania i ewentualnie prosi o podanie terminu w którym będzie realizował zadanie.
 18. Realizacja wniosków następuje w miarę posiadanych przez Centrum środków wg kolejności ustalonej przez komisję która bierze pod uwagę zakres dofinansowania, rodzaj i stopień niepełnosprawności oraz ilości uzyskanych punktów. W pierwszej kolejności realizowane są wnioski osób niepełnosprawnych ze znacznym stopniem niepełnosprawności poruszających się na wózkach inwalidzkich, leżących, poruszających się przy pomocy balkoników, kul łokciowych oraz osób niewidomych.
 19. W przypadku nagłego pogorszenia stanu zdrowia osoby niepełnosprawnej wymagającej likwidacji barier architektonicznych lub w szczególnie uzasadnionych okolicznościach związanych z sytuacją zdrowotną, majątkową lub losową wnioskodawcy wniosek może być rozpatrzony poza kolejnością.

20. Pierwsze rozpatrywanie wniosków następuje po zatwierdzeniu podziału środków przez Radę Powiatu Tarnobrzeskiego.
21. Z uwagi na ograniczone środki maksymalnie w ciągu roku może być zawartych nie więcej niż 10 umów na kwotę łączną nie większą niż ustalono w Uchwale Rady Powiatu.
22. Ostateczną wysokość przyznanego dofinansowania określa się na podstawie zweryfikowanego, przewidywalnego kosztu zadania z zgodnie z pkt.2. przy czym maksymalna kwota dofinansowania nie może być wyższa niż 7.000,00 zł
23. Dofinansowanie obejmuje koszt zakupu urządzeń, materiałów budowlanych lub robót budowlanych albo innych usług z zakresu likwidacji barier, zakupionych lub wykonanych po przyznaniu środków finansowych i zawarciu przez wnioskodawcę umowy.
24. Po przyznaniu środków na dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych zawarta zostaje umowa, określająca w szczególności:
 - 1) kwotę dofinansowania i jej przeznaczenie,
 - 2) sposób przekazania dofinansowania,
 - 3) termin i sposób rozliczenia dofinansowania.
25. Zakres rzeczowy i finansowy robót budowlanych określa wstępny kosztorys.
26. Szczegółowy koszt urządzeń, materiałów budowlanych, robót lub innych czynności ustala się wg średnich cen publikowanych w regionalnych informatorach a w przypadku ich braku, średnich cen rynkowych.
27. Podanie przez wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą bez względu na to czego dotyczą eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania.
28. Jeżeli wnioskodawca zmarł, wniosek nie podlega dalszemu rozpatrywaniu. Należy przyjąć do rozpatrywania kolejny wniosek.
29. Wnioskodawcy, którym nie zostało przyznane dofinansowanie, z powodu niewystarczającej wysokości środków Funduszu przyznanych na likwidację barier w roku rozpatrywania wniosku, mogą wystąpić o dofinansowanie ponownie, składając nowy wniosek w kolejnym roku.
30. Do obowiązków wnioskodawcy należy uzyskanie uzgodnień, opinii i pozwoleń wymaganych przepisami szczególnymi oraz pozwolenia na budowę, a także zapewnienie nadzoru inwestorskiego – w koniecznych przypadkach. Koszty uzyskania pozwolenia, zapewnienia nadzoru inwestorskiego, uzyskania niezbędnych uzgodnień i opinii pokrywa wnioskodawca.
31. Przekroczenie kosztów ponad wysokość przyznanego dofinansowania, także w przypadkach, gdy niezbędne było wykonanie dodatkowych robót budowlanych wymaganych przepisami, w tym techniczno-budowlanymi, obowiązującymi Polskimi Normami oraz zasadami wiedzy technicznej, wnioskodawca pokrywa ze środków własnych.
32. Wnioskodawca może, w zależności od rodzaju zadania, powierzyć wykonanie robót budowlanych wybranym przez siebie podmiotom, z zastrzeżeniem udzielenia gwarancji na wykonane prace oraz z zachowaniem terminu ich wykonania, określonego w umowie. Wnioskodawca ponosi pełną odpowiedzialność za działania wykonawcy. O zawarciu umowy z wykonawcą wnioskodawca jest zobowiązany powiadomić PCPR w terminie 7 od daty zawarcia umowy.
33. Wykonawca obowiązany jest do powiadomienia PCPR, w formie pisemnej pod rygorem nieważności, o każdej zmianie mającej wpływ na realizację jego zobowiązań w terminie 7 dni od zaistnienia zdarzenia.
34. Przekazanie środków Funduszu następuje po dostarczeniu przez wnioskodawcę:
 - a) faktur lub rachunków wystawionych na wnioskodawcę przez wykonawcę lub dostawców – o terminie płatności nie krótszym niż 14 dni od daty wystawienia,
 - b) protokołu końcowego odbioru robót określającego koszt i zakres wykonanych robót, podpisanego przez wykonawcę i inspektora nadzoru(jeżeli jego wystawienie wynikało z treści pozwolenia na budowę) oraz wnioskodawcę,
 - c) dowodu uiszczenia udziału własnego,
 - d) rozliczenia zużycia materiałów według pozycji kosztorysu w przypadku rozliczania fakturami/ rachunkami zakupów materiałowych,
 - e) podstawy ustalenia kosztu robót, w formie kosztorysu powykonawczego,
35. Przekazane dokumenty podlegają weryfikacji przez pracownika PCPR pod względem zgodności z wnioskiem, uzgodnionym kosztem i zakresem robót oraz podpisaną umową.
36. W rozliczeniu nie uwzględnia się kosztów opłat i kar umownych, a także podatków od towarów i usług w przypadku płatników VAT.
37. Przekazanie środków finansowych Funduszu następuje w terminie 14 dni od dnia złożenia wymaganego kompletu dokumentów, po dokonaniu odbioru robót przez pracowników PCPR, bezpośrednio na wskazane konto lub w kasie Starostwa.
38. W przypadku stwierdzenia usterek lub wad przy odbiorze zadania, przekazanie środków finansowych zostanie wstrzymane do czasu udokumentowania przez wnioskodawcę usunięcia usterek i wad. Wypłcenie środków nastąpi w terminie 10 dni po sprawdzeniu przez pracownika PCPR usunięcia usterek lub wad.
39. Niniejsze zasady mają zastosowanie tylko wówczas, gdy przepisy ustawy i rozporządzenia wykonawczego nie rozstrzygają inaczej.

pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

nr kolejny wniosku

Załącznik nr 1
***Do zasad udzielania dofinansowania osobie fizycznej na
likwidację barier architektonicznych ze środków
finansowych PFRON***

.....
rok)

data wpływu kompletnego wniosku (dzień, miesiąc,

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

❖ Dane dotyczące Wnioskodawcy (proszę wypełnić drukowanymi literami)

..... syn / córka

.....

imię (imiona) i nazwisko

imię ojca

seria..... nr wydany w dniu przez

.....

dowód osobisty

nr PESEL

miejsowość ulica nr domu nr lokalu

.....

dokładny adres

nr kodu - poczta powiat

.....

województwo nr tel./ faxu (z nr kier.)

.....

I.A. Stopień niepełnosprawności ⁽¹⁾

1. znaczny,	
❖ Inwalidzi I grupy,	
(5) Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji,	
❖ Osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
❖ Osoby w wieku do lat 16 z orzeczeniem o niepełnosprawności (w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat z orzeczonym stopniem niepełnosprawności), którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
2. umiarkowany,	
❖ Inwalidzi II grupy,	
❖ Osoby całkowicie niezdolne do pracy,	
❖ Inwalidzi III grupy ze względu na głuchotę lub głuchoniemotę	
3. lekki,	
❖ Pozostali inwalidzi III grupy	
❖ Osoby częściowo niezdolne do pracy,	
❖ Osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

I.B. Rodzaj niepełnosprawności ⁽¹⁾

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

(1) wstawić X we właściwej rubryce

❖ niepotrzebne skreślić

II. Sytuacja zawodowa

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

III. Sytuacja mieszkaniowa – warunki mieszkaniowe (wypełnia pracownik Centrum) ⁽¹⁾

1. źle	
--------	--

2. przeciętne	
3. dobre	
4. bardzo dobre	
Punktacja	

III.B. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i mieszkania

8. dom jednorodzinny *, wielorodzinny prywatny *, wielorodzinny komunalny *, wielorodzinny spółdzielczy *.
9. inne *
.....
..
10. budynek parterowy *, piętrowy *, mieszkanie na (proszę podać kondygnację)
11. przybliżony wiek budynku lub rok budowy
12. opis mieszkania: pokoje (podać liczbę), z kuchnią *, bez kuchni *, z łazienką *, bez łazienki *, z wc*, bez wc *.
13. łazienka jest wyposażona w: wannę *, brodzik *, kabinę prysznicową *, umywalkę *
14. w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej *, ciepłej, kanalizacja *, centralne ogrzewanie *, prąd *, gaz *
15. inne informacje o warunkach mieszkaniowych
.....
.....
.....
.....
.....
.....

III.C. Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje ⁽¹⁾

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

III.C. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą (w tym osoby niepełnosprawne)

Imię i nazwisko	Pokrewieństwo	Niepełnosprawność	
		stopień ⁽²⁾	rodzaj ⁽³⁾
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
łączna punktacja za stopień i rodzaj niepełnosprawności osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym			

- (1) proszę wstawić X we właściwej rubryce
- (2) proszę wstawić właściwe oznaczenia cyfrowe z tablicy I.A.
- (3) proszę wstawić właściwe oznaczenia cyfrowe z tablicy I.B.
- * niepotrzebne skreślić

IV. Średni dochód miesięczny (netto) na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy ⁽¹⁾

1. poniżej 500.00 zł	
2. 501.00 – 600.00 zł	
3. 601.00 – 700.00 zł	
4. 701.00 – 800.00 zł	
5. 801.00 – 900.00 zł	
6. 901.00 – 1.000.00 zł	

7. 1.001.00 –1.100.00 zł	
8. 1.101.00 –1.200.00 zł	
9. powyżej 1.200.00 zł	
Punktacja	

V. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

	Tak/Nie	Wysokość dofinansowania
1. na likwidację barier urbanistycznych i architektonicznych		
a) nie korzystam		
b) korzystałem (w tym ze środków przyznanych przez WOZiRON)		
2. korzystałem na inne cele ustawowe i rozliczyłem się		
3. korzystałem na inne cele ustawowe i jestem w trakcie rozliczenia		
4. korzystałem i nie rozliczyłem się		
Punktacja		

VI. Deklarowany udział własny Wnioskodawcy i /lub sponsora

1. deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania – ponad obowiązkowe 20 %	%
2. deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania	%
Punktacja	

VII. Dane informacyjne o Wnioskodawcy ⁽¹⁾

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

VIII. Cel likwidacji barier architektonicznych

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

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

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

- ❖ proszę wstawić X we właściwej rubryce
- ❖ proszę podać wysokość przyznanego dofinansowania (w zł) oraz rok przyznania dofinansowania
- * niepotrzebne skreślić

Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania zł:

cyframi:

(słownie: zł)

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

.....

.....

(nazwa i dokładny adres z numerem kodu)

..... nr telefonu

.....

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

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 poz. 922).

.....
(podpis Wnioskodawcy*, przedstawiciela ustawowego*
opiekuna prawnego* pełnomocnika*)

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik

..... syn / córka

.....

imię (imiona) i nazwisko

imię ojca

seria..... nr wydany w dniu przez

.....

dowód osobisty

nr PESEL

miejsowość ulica nr domu nr lokalu

.....

dokładny adres

nr kodu - poczta powiat

.....

województwo nr tel./ faxu (z nr kier.)

.....

ustanowiony opiekunem* /pełnomocnikiem*

.....

(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. sygn. akt* /na mocy pełnomocnictwa
potwierzonego

przez Notariusza z dn. repet. Nr

Załączniki do wniosku:

Do I etapu

- (2) Kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz.U. Nr 123, poz. 776 z późniejszymi zmianami).
- (3) Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób.
- (4) Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia.

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

.....

(data i podpis)

III. Decyzja o przyznaniu dofinansowania

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

.....

(data i podpis)

INFORMACJA
osoby niepełnosprawnej o osiągniętych średnich dochodach miesięcznych
na 1 członka rodziny za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku

Nazwisko i imię

.....

Adres zamieszkania

.....

(miejscowość, ulica, numer domu)

I. Dane dotyczące niepełnosprawnego (wnioskodawcy) o osiągniętych przez niego średnio
miesięcznych dochodach zakwartał 20.....roku.

1. wynagrodzenie – średni miesięczny dochód za kwartał 20..... roku -
zł
2. emerytura - renta średni miesięczny dochód za kwartał 20.... roku -
zł
3. dochód rolny- (z ha przeliczeniowego)
.....
4. inne (alimenty, zasiłki, itp.)
.....

.....

II. Dane dotyczące członków rodziny niepełnosprawnego pozostających z nim we wspólnym gospodarstwie domowym:

Pokrewieństwo	Nazwisko i imię	Data urodzenia	Przeciętny dochód netto w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek	
			rodzaj dochodu	wysokość

Średni dochód miesięczny dochód na 1 członka rodziny za kwartał 20... roku wynosi.....

Do informacji załączam dowodów.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis niepełnosprawnego)

Załączniki:

1. Oświadczenie o dochodach netto za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku
2. Decyzje właściwego Urzędu Gminy w sprawie wymiaru podatku rolnego za rok.
3. Inne.

.....
(Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej)

.....
(data i miejsce)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

**wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Tarnobrzegu –
dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych
likwidacji barier architektonicznych**

Proszę wypełnić w języku polskim czytelnie

O Ś W I A D C Z E N I E

Imię , nazwisko i miejsce zamieszkania osoby składającej oświadczenie:

.....
.....

Ja niżej podpisany(a) pouczone(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233§ 1 KK za składanie fałszywych zeznań, składam stosownie do art. 75 § 2 KPA

oświadczenie następującej treści:

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

..... dn.:.....

(podpis osoby składającej oświadczenie)

Oświadczenie zostało przyjęte przez:

Art. 233 § 1 KK

Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

Art. 75 § 2 KPA

Jeżeli przepis prawa nie wymaga urzędowego potwierdzenia określonych faktów lub stanu prawnego w drodze zaświadczenia właściwego organu administracji, organ administracji publicznej odbiera od strony, na jej wniosek, oświadczenie złożone pod rygorem odpowiedzialności za fałszywe zeznania.

I. Rodzaj niepełnosprawności – według treści orzeczenia* i zaświadczenia lekarza specjalisty

* Przez orzeczenie należy rozumieć:

- 1) orzeczenie o zakwalifikowaniu do jednego z trzech stopni niepełnosprawności,
 - 2) orzeczenie o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy,
 - 3) orzeczenie o zaliczeniu do osób niepełnosprawnych przed 16 rokiem życia,
 - 4) orzeczenie o zaliczeniu do jednej z grup inwalidzkich,
 - 5) orzeczenie o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydane przed 1 stycznia 1998r.
- 1) osoby z dysfunkcją narządów ruchu, poruszające się na wózku inwalidzkim lub po amputacji dłoni albo rąk 12 pkt.
 - 2) inne osoby z dysfunkcją ruchu o stopniu niepełnosprawności :
 - a) znacznym 8 pkt.
 - b) umiarkowanym 4 pkt.
 - c) lekkim 1 pkt.
 - 3) osoby z dysfunkcją narządu wzroku o stopniu niepełnosprawności:
 - a) znacznym 6 pkt.
 - b) umiarkowanym 3 pkt.
 - c) lekkim 1 pkt.
 - 4) osoby z dysfunkcją słuchu lub mowy o stopniu niepełnosprawności:
 - a) znacznym 2 pkt.
 - b) umiarkowanym 1 pkt.
 - c) lekkim 0 pkt.
 - 5) osoby z deficytami rozwojowymi (upośledzone umysłowo) o stopniu niepełnosprawności:
 - a) znacznym 2 pkt.
 - b) umiarkowanym 1 pkt.
 - c) lekkim 0 pkt.
 - 6) osoby niepełnosprawne z ogólnego stanu zdrowia o stopniu niepełnosprawności:
 - a) znacznym 2 pkt.
 - b) umiarkowanym 1 pkt.
 - c) lekkim 0 pkt.

W przypadku kilku osób niepełnosprawnych, zameldowanych i zamieszkałych we wspólnym lokalu, sumuje się punkty za rodzaje niepełnosprawności pozostałych członków rodziny – w przypadku, gdy nie złożyli oni odrębnych wniosków, a zakres zadania obejmuj likwidację barier dla wszystkich niepełnosprawnych członków rodziny głównego wnioskodawcy

W przypadku wystąpienia u wnioskodawcy różnych rodzajów niepełnosprawności (niepełnosprawność sprzężona), ustalonych na podstawie orzeczenia i zaświadczenia lekarza specjalisty, sumuje się ilość punktów właściwych z pozycji w punktach 1-6.

II. Sytuacja zawodowa:

- 1) zatrudniony lub prowadzący działalność gospodarczą 6 pkt.
- 2) młodzież od lat 18 do 24 ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca 4 pkt.
- 3) nie zatrudniony (bezrobotny lub rencista) poszukujący pracy 3 pkt.
- 4) nie zatrudniony (emeryt lub rencista) niezainteresowany podjęciem pracy 1 pkt.
- 5) dzieci i młodzież do lat 18 4 pkt.

III. Sytuacja mieszkaniowa:

- 1) warunki mieszkaniowe:
 - a) Złe 3 pkt.
 - b) przeciętne 2 pkt.
 - c) dobre 1 pkt.
 - d) bardzo dobre 0 pkt.
- 2) zamieszkuje:
 - a) samotnie 5 pkt.
 - b) z rodziną 2 pkt.

IV. Średni dochód miesięczny na członka gospodarstwa domowego:

Poniżej 500,00 zł	8 pkt.
501,00- 600,00 zł	7 pkt.

601,00 – 700,00 zł	6 pkt.
701,00 – 800,00 zł	5 pkt.
801,00 – 900,00 zł	4 pkt.
901,00 - 1.000,00 zł	3 pkt.
1.001,00 – 1.100,00 zł	2 pkt.
1.101,00 – 1.200,00 zł	1 pkt.
Powyżej 1.200,00 zł	0 pkt.

V. Korzystanie ze środków finansowanych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych:

1) na likwidację barier architektonicznych

- a) nie korzystał 2 pkt.
b) korzystał i rozliczył się 0 pkt.

2) korzystał na inne cele ustawowe i rozliczył się..... 1 pkt.

3) korzystał na inne cele ustawowe i jest w trakcie rozliczania 0 pkt.

VI. Przedmiot dofinansowania:

1) zakup i montaż urządzeń do podnoszenia pionowego, pochylni..... 5 pkt.

2) dostawa , zakup i montaż poręczy i uchwytów w ciągach komunikacyjnych oraz uchwytów ułatwiających korzystanie z urządzeń higieniczno – sanitarnych (dla osób z dysfunkcją narządu wzroku)..... 3 pkt.

**Załącznik Nr 3
do Uchwały nr 34/144/2016
Zarządu Powiatu Tarnobrzeskiego
z dnia 20.12.2016 r.**

Zasady

dofinansowania ze środków PFRON w roku 2017 do turnusów rehabilitacyjnych, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, sprzętu rehabilitacyjnego oraz organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych.

1. Turnusy rehabilitacyjne:

(§ 5 ust. 3 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych Dz. U. nr 230, poz. 1694 z dn. 11 grudnia 2007 r. z późn. zm.)

1.1. dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego **dzieciom** przysługuje bez ograniczeń. W przypadku jednoczesnego wyjazdu 2 dzieci na ten sam turnus dofinansowanie dla opiekuna otrzyma 1 osoba.

1.2. dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego dla osób **dorosłych** przysługuje tylko ze znacznym i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności – raz na dwa lata.

Nie przysługuje dofinansowanie dla opiekuna osób z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności.

2. Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze:

(§ 5, 11 i 13 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 roku w sprawie rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji osób Niepełnosprawnych (Dz.U. z 2015 poz. 926 z późn. zm)

2.1. Dofinansowanie dla dzieci zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wynosi:

- a) 100% udziału własnego osoby niepełnosprawnej w limicie ceny ustalonym na podstawie odrębnych przepisów, jeżeli taki udział jest wymagany,
- b) do 150% sumy kwoty limitu, o którym mowa w lit. a, wyznaczonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz wymaganego udziału własnego osoby niepełnosprawnej w zakupie tych przedmiotów i środków jeżeli cena jest wyższa niż ustalony limit.

2.2. Dofinansowanie dla osób dorosłych zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wynosi:

- a) 100% udziału własnego osoby niepełnosprawnej w limicie ceny ustalonym na podstawie odrębnych przepisów, jeżeli taki udział jest wymagany,
- b) 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 jest wyższa niż ustalony limit,
- c) w przypadku aparatów słuchowych dofinansowanie przysługuje zgodnie z wyliczeniem jak w pkt.2.2 pkt. b, jednak nie więcej niż 1.000,00 zł.

3. Dofinansowanie do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego:

(§ 5, 10, 11, 13 i 14 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 roku w sprawie rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji osób Niepełnosprawnych (Dz.U. z 2015 poz. 926 z późn. zm.)

Sprzęt rehabilitacyjny dla dzieci i dorosłych będzie dofinansowywany w wysokości 50% kosztów sprzętu nie więcej niż 2.000,00 zł

4. Dofinansowanie organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych:

(§ 4, 8, 10, 13 i 14 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 roku w sprawie rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji osób Niepełnosprawnych (Dz.U. z 2015 poz. 926 z późn. zm.)

Dofinansowanie organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych wynosić będzie 60% kosztów przedsięwzięcia. Dofinansowanie będzie przyznawane podmiotowi raz na dwa lata.

W przypadku realizacji dofinansowań do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego oraz wniosków dotyczących organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych Starosta zawiera umowy z wnioskodawcami.

Wzór wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym stanowi zał. nr 1

Wzór wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON kosztu zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych stanowi zał. nr 2.

Wzór wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON zakupu sprzętu rehabilitacyjnego stanowi zał. nr 3.

Wzór wniosku o dofinansowanie organizacji sportu kultury rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych stanowi zał. nr 4.

Załącznik Nr 1

Do zasad udzielania dofinansowań ze środków PFRON

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

Imię i nazwisko

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

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania*

.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna | <input type="checkbox"/> padaczka |
| <input type="checkbox"/> schorzenie układu krążenia | <input type="checkbox"/> inne (jakie?) |
| | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- NIE
- TAK - uzasadnienie
-
-
-
-
-
-
-

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwie zaznaczyć.

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

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 ubezpieczeń społecznych albo o ubezpieczeniu społecznym rolników.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

INFORMACJA

o przeciętnym miesięcznym dochodzie, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, pomniejszonym o obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

Nazwisko i imię
(osoby niepełnosprawnej)

Adres zamieszkania
(miejscowość, ulica, numer domu)

I. Dane dotyczące niepełnosprawnego (wnioskodawcy) o osiągniętych przez niego średnich dochodach za kwartał..... roku.

1. wynagrodzenie - średni dochód zakw..... - zł /miesiąc
2. emerytura - renta za.....kwartał..... - zł /miesiąc
3. dochód rolny (ha przeliczeniowe)
4. inne (alimenty, zasiłki, itp.)

II. Dane dotyczące członków rodziny niepełnosprawnego pozostających z nim we wspólnym gospodarstwie domowym:

Pokrewieństwo	Nazwisko i imię	Data urodzenia	Przeciętny dochód netto w rozumieniu o świadczeniach rodzinnych obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc w którym składany jest wniosek	
			rodzaj dochodu	wysokość

Średni dochód miesięczny na 1 członka rodziny za..... kwartał.....wynosi:..... zł.

Do informacji załączam dowodów.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis niepełnosprawnego)

Załączniki:

1. Oświadczenie o wysokości dochodów średnio miesięcznych netto za kwartał poprzedzający miesiąc składanego wniosku.
2. Decyzje właściwego Urzędu Gminy w sprawie wymiaru podatku rolnego.
3. Inne.....

**ubiegającej się o uczestnictwo w turnusie rehabilitacyjnym
z dofinansowaniem ze środków PFRON**

NAZWISKO I IMIĘ.....

16. 1. Czy korzysta Pan/i z ośrodków wsparcia (warsztat terapii zajęciowej, środowiskowy dom samopomocy, dom dziennego pobytu, kluby integracyjne, organizacje społeczne, stowarzyszenia lub inne)*

17.

TAK (podać jakie)

.....

NIE

2. Czy wymaga Pan/i pomocy osoby drugiej w realizacji kontaktów społecznych w codziennym funkcjonowaniu (np. nawiązywanie i utrzymywanie kontaktów społecznych, wykonywanie czynności i rozwiązywanie problemów dnia codziennego, załatwianie spraw urzędowych, podejmowanie decyzji dotyczących własnej osoby).

TAK

NIE

18. 3. Czy korzysta Pan/i z usług pielęgnacyjnych opiekuńczych bądź specjalistycznych usług opiekuńczych:

19.

TAK (podać przez kogo świadczone)

.....

NIE

.....

*** właściwe zaznaczyć**

podpis wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE

Imię , nazwisko i miejsce zamieszkania osoby składającej oświadczenie:

.....
.....

Ja niżej podpisany(a) pouczone(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233§ 1 KK za składanie fałszywych zeznań, składam stosownie do art. 75 § 2 KPA

oświadczenie następującej treści:

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

..... dn.:.....

(podpis osoby składającej oświadczenie)

Oświadczenie zostało przyjęte przez:

Art. 233 § 1 KK

Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

Art. 75 § 2 KPA

Jeżeli przepis prawa nie wymaga urzędowego potwierdzenia określonych faktów lub stanu prawnego w drodze zaświadczenia właściwego organu administracji, organ administracji publicznej odbiera od strony, na jej wniosek, oświadczenie złożone pod rygorem odpowiedzialności za fałszywe zeznania.

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków PFRON kosztów zakupu
przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych

I. Dane wnioskodawcy - osoby niepełnosprawnej.

1. Nazwisko i imię 2. Nr telefonu

3. Adres zamieszkania
(miejscowość, kod, ulica, numer domu)

4. Dow. osob. seria nr wydany przez

5. NIP: 6. PESEL:

6. Posiada 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/i niezdolności do samodzielnej egzystencji | | | |
| d) o niepełnosprawności (dotyczy dzieci) | | | |

II. Rodzaj przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego.

.....

III. Konto bankowe na które należy przekazać dofinansowanie.

1. Nazwa banku:

2. Numer konta:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 poz. 922).

.....
miejscowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

IV. Przedstawiciel ustawowy (dla niepełnosprawnego dziecka).

1. Nazwisko i imię

2. Adres zamieszkania

3. Dowód osobisty seria nr wydany przez

.....

.....
miejscowość, data

.....
podpis przedstawiciela ustawowego

Załączniki:

1. Faktura nr
2. Kopia zrealizowanego zlecenia na zaop. w przedm. ort. i śr. pom.
3. Kopia dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność
4. Informacja o dochodach za.....kwartał 200..... r

INFORMACJA

o przeciętnym miesięcznym dochodzie w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, pomniejszonym o obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we

wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, **obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.**

Nazwisko i imię

.....
(osoby niepełnosprawnej)

Adres zamieszkania

.....
(miejscowość, ulica, numer domu)

I. Dane dotyczące niepełnosprawnego (wnioskodawcy) o osiągniętych przez niego średnich miesięcznych dochodach za kwartał 200..... rok.:

1. wynagrodzenie – średni miesięczny dochód za kwartał 200..... rok. -..... zł.
2. emerytura-renta – średni miesięczny dochód za kwartał 200.....rok. -..... zł.
3. dochód rolny (ha przeliczeniowe)
4. inne (alimenty, zasiłki, itp.)

II. Dane dotyczące członków rodziny niepełnosprawnego pozostających z nim we wspólnym gospodarstwie domowym:

Pokrewieństwo	Nazwisko i imię	Data urodzenia	Przeciętny dochód netto w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek	
			rodzaj dochodu	wysokość

Średni m-czny dochód na 1 członka rodziny za kwartał 200..... rok wynosi:..... zł

Do informacji załączam dowodów.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis niepełnosprawnego)

Załączniki:

1. Oświadczenie o wysokości dochodów średnio miesięcznych netto za kwartał poprzedzający miesiąc składanego wniosku
2. Decyzje właściwego Urzędu Gminy w sprawie wymiaru podatku rolnego.
3. Inne.....

Adnotacje Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Tarnobrzegu:

1. Dochód na osobę w rodzinie :

.....

2. Wartość przedmiotu ortopedycznego/środka pomocniczego:

.....

3. Limit cenowy NFZ:

.....

4. Udział własny klienta:

.....

5. Wysokość refundacji z NFZ :

.....

6. Wysokość dofinansowania z PCPR:

.....

Wniosek został sprawdzony pod względem merytorycznym, formalnym i rachunkowym.

Tarnobrzeg

.....

(podpis pracownika)

OŚWIADCZENIE

Imię , nazwisko i miejsce zamieszkania osoby składającej oświadczenie:

.....
.....

Ja niżej podpisany(a) pouczony(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233§ 1 KK za składanie fałszywych zeznań, składam stosownie do art. 75 § 2 KPA

oświadczenie następującej treści:

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

..... dn.:.....

(podpis osoby składającej oświadczenie)

Oświadczenie zostało przyjęte przez:

Art. 233 § 1 KK

Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

Art. 75 § 2 KPA

Jeżeli przepis prawa nie wymaga urzędowego potwierdzenia określonych faktów lub stanu prawnego w drodze zaświadczenia właściwego organu administracji, organ administracji publicznej odbiera od strony, na jej wniosek, oświadczenie złożone pod rygorem odpowiedzialności za fałszywe zeznania.

pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

nr kolejny wniosku
pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

Załącznik nr 3
Do zasad udzielania dofinansowania ze środków finansowych PFRON

data wpływu kompletnego wniosku

**POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE
W TARNOBRZEGU**

WNIOSEK

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

Wnioskodawca *(proszę wypełnić drukowanymi literami)*

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

dowód osobisty seria nr wydany w dniuprzez

miejsowośćulicanr domu nr lokalu
(adres stałego zameldowania)

nr kodupocztapowiat.....

województwo nr tel./faxu (z nr kier.).....

Proszę o dofinansowanie

.....
należy podać nazwę sprzętu rehabilitacyjnego

w łącznej wysokości zł

(słowniezł),

co stanowi% ceny brutto, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł.

Przewidywany całkowity koszt zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

Przewidywany termin realizacji zakupu

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

wniosek o dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego dla osób niepełnosprawnych

Krótkie uzasadnienie składanego wniosku:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Informacje o Wnioskodawcy**I. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik (1)**

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

II. Rodzaj niepełnosprawności (1)

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

III. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

1. na dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny	
1.1. nie korzystałem	
1.2. korzystałem	
numer zawartej umowy	
przedmiot dofinansowania	
data otrzymania dofinansowania	
kwota dofinansowania [zł]	
2. korzystałem na inne cele ustawowe i rozliczyłem się	
3. korzystałem na inne cele ustawowe i jestem w trakcie rozliczenia	
4. korzystałem i nie rozliczyłem się	

(1) proszę wstawić X we właściwej rubryce

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

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

*Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.
O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 poz. 922).

.....
(podpis Wnioskodawcy*/ Przedstawiciela ustawowego*/ Opiekuna prawnego*/ Pełnomocnika*)

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

..... syn/córka*

imię (imiona) i nazwisko

imię ojca

serianr wydany w dniu przez
dowód osobisty

nr PESEL

miejsowość ulica nr domu nr lokalu
adres stałego zameldowania

nr kodu poczta powiat

województwo

nr tel./faxu (z nr. Kier.)

ustanowiony Opiekunem*/ Pełnomocnikiem*

*postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. sygn. akt

*na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza

z dn. repert. nr

(1) proszę wstawić znak X we właściwej rubryce

* niepotrzebne skreślić

wniosek o dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego dla osób niepełnosprawnych

Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub grupie inwalidzkiej,
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności oraz konieczności zakupu sprzętu rehabilitacyjnego wskazanego we wniosku,
3. Oświadczenie o dochodach Wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą.

Adnotacje przyjmującego wniosek

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

I. Ocena zasadności wniosku:

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

.....
(data i podpis)

II. Opinia Komisji ds. opiniowania wniosków o dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

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

.....
(data)

.....
.....(podpisy)

III. Decyzja o przyznaniu dofinansowania

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

.....
(data i podpis)

wniosek o dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego dla osób niepełnosprawnych

INFORMACJA

o przeciętnym miesięcznym dochodzie w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, pomniejszonym o obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, **obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.**

Nazwisko i imię
(osoby niepełnosprawnej)

Adres zamieszkania
(miejscowość, ulica, numer domu)

I. Dane dotyczące niepełnosprawnego (wnioskodawcy) o osiągniętych przez niego średnich miesięcznych dochodach za kwartał 200..... rok.:

1. wynagrodzenie – średni miesięczny dochód za kwartał 200.... rok. -..... zł.
2. emerytura-renta – średni miesięczny dochód za kwartał 200.....rok. -..... zł.
3. dochód rolny (ha przeliczeniowe)
4. inne (alimenty, zasiłki, itp.)

II. Dane dotyczące członków rodziny niepełnosprawnego pozostających z nim we wspólnym gospodarstwie domowym:

Pokrewieństwo	Nazwisko i imię	Data urodzenia	Przeciętny dochód netto w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek	
			rodzaj dochodu	wysokość

Średni m-czny dochód na 1 członka rodziny za kwartał 200..... rok wynosi:..... zł

Do informacji załączam dowodów.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis niepełnosprawnego)

Załączniki:

1. Oświadczenie o wysokości dochodów średnio miesięcznych netto za kwartał poprzedzający miesiąc składanego wniosku
2. Decyzje właściwego Urzędu Gminy w sprawie wymiaru podatku rolnego.
3. Inne.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla potrzeb ubiegania się przez osoby niepełnosprawne

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

Pan /Pani..... urodzony/a dnia.....

Zamieszkały/a

Rodzaj schorzenia (posiada dysfunkcje narządu ruchu – określić jakie)

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

Stwierdza się, że w/w osoba niepełnosprawna wymaga rehabilitacji w zakresie :

.....
.....

Zalecany sprzęt rehabilitacyjny:

.....
.....

Stwierdza się, że zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu powyższego sprzętu rehabilitacyjnego.

.....

(miejsce, data)

.....

(pieczęć i podpis lekarza specjalisty)

O Ś W I A D C Z E N I E

Imię , nazwisko i miejsce zamieszkania osoby składającej oświadczenie:

.....
.....

Ja niżej podpisany(a) pouczone(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233§ 1 KK za składanie fałszywych zeznań, składam stosownie do art. 75 § 2 KPA

oświadczenie następującej treści:

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

..... dn.:.....

(podpis osoby składającej oświadczenie)

Oświadczenie zostało przyjęte przez:

Art. 233 § 1 KK

Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

Art. 75 § 2 KPA

Jeżeli przepis prawa nie wymaga urzędowego potwierdzenia określonych faktów lub stanu prawnego w drodze zaświadczenia właściwego organu administracji, organ administracji publicznej odbiera od strony, na jej wniosek, oświadczenie złożone pod rygorem odpowiedzialności za fałszywe zeznania.

Nr sprawy: - -
/Wypełnia PCPR w Tarnobrzegu

/pieczętka Wnioskodawcy /

Wniosek kompletny przyjęto w PCPR w
w dniunr

Załącznik nr 4

Do zasad udzielania dofinansowań ze środków PFRON

W N I O S E K

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

część A: Informacje o Wnioskodawcy

Nazwa i adres Wnioskodawcy:

Pełna nazwa:.....					
	-				

(pieczętka imienna)

(pieczętka imienna)

podpis:

podpis:.....

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

Osoby uprawnione do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych Wnioskodawcy:

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	

Informacje o zatrudnieniu i rehabilitacji osób niepełnosprawnych:

Wnioskodawca zatrudnia ogółem osób (w przeliczeniu na etaty)	etatów	
Wnioskodawca zatrudnia osoby niepełnosprawne (w przeliczeniu na etaty)	etatów	
Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych	%	
Wnioskodawca prowadzi działalność dla osób z orzeczoną stopniem niepełnosprawności w zakresie rehabilitacji:			
zawodowej	lecniczej	społecznej	
Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością rehabilitacyjną (przeciętnie w miesiącu)			
w tym :	do lat 18:	powyżej lat 18:	razem:

Informacje uzupełniające o Wnioskodawcy:

Zakres terytorialny działania 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 VAT	Tak:	Nie:
Źródła finansowania działalności Wnioskodawcy:		
Syntetyczna charakterystyka działalności Wnioskodawcy :		
cel działania, teren działania, liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością, liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej i jej kwalifikacje, znaczenie tej działalności dla osób niepełnosprawnych i inne informacje		

Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON lub WOZiRON					Tak:	Nie:
Nr i data zawarcia umowy	Kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	Źródło /PFRON; WOZiRON/ SAMORZĄD POWIATOWY	
w tym na rzecz:						

Syntetyczny opis efektów przyznanego i wykorzystanego dofinansowania	
--	--

Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak/nie	Uzupełniono tak/nie <i>/wypełnia pracownik PFRON/</i>	Data uzupełnienia
1. Aktualny wypis z rejestru sądowego <i>/ważny 3 miesiące/</i>			
2. Statut			
3. Sposób reprezentacji (pełnomocnictwo)			
4. Udokumentowanie posiadania konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach			

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części A Wniosku

(pieczętka imienna, podpis pracownika PCPR data)

podpis:

Część B : Informacje o przedmiocie wniosku

Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania /nazwa imprezy / zakup sprzętu sportowego/

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

Przewidywany koszt ogólny przedsięwzięcia :

1. Deklarowane własne środki :

2. Inne źródła finansowania ogółem:

z tego:

a)

b)

c)

3. Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków Funduszu: zł.

kwota słownie:

.....

Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie:

imprez i integracji

zakupu sprzętu sportowego

sportowej

kulturalnej

turystycznej

rekreacyjnej

Termin i miejsce rozpoczęcia imprezy

			-					
--	--	--	---	--	--	--	--	--

miejsce

kod pocztowy

ulica

powiat

województwo

Liczba uczestników:

w tym osób niepełnosprawnych:

do lat 18:

powyżej lat 18:

Razem osób niepełnosprawnych:

co stanowi % ogólnej liczby uczestników

Informacje uzupełniające o przedmiocie wniosku:

Przewidywane efekty:

Załączniki wymagane do wniosku:

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak/nie	Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
	<i>/wypełnia Oddział/</i>		
1. Nazwa, szczegółowy zakres i miejsce realizacji zadania - program merytoryczny imprezy			
2. Udokumentowanie środków własnych i źródeł finansowania innych niż PFRON			
3. Kosztorys wydatków związanych z realizacją zadania			
4. Lista niepełnosprawnych uczestników imprezy wraz z podaniem stopnia niepełnosprawności (nie dotyczy imprez masowych)			
5. Inne dokumenty:			
a)			
b)			
c)			

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części B wniosku

(pieczęćka imienna, podpis pracownika PCPR data)

podpis:

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.

1. Oświadczam, że zatrudniam fachową kadre do obsługi zadania/zobowiązuję się do zatrudnienia fachowej kadry do obsługi zadania.*
2. Oświadczam, że posiadam odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji zadania.
3. Oświadczam, że w przypadku pozytywnego rozpatrzenia mojego wniosku wyrażam zgodę na opublikowanie uchwały Zarządu PFRON lub decyzji Pełnomocnika przyznającej środki Funduszu na podstawie niniejszego wniosku.

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych informuje, że w przypadku podania informacji niezgodnych ze stanem rzeczywistym wniosek zostanie przekazany do archiwum bez rozpatrzenia.

(§ 1. Kto w celu uzyskania kredytu, gwarancji kredytowej, dotacji, subwencji lub zamówienia publicznego przedkłada fałszywe lub stwierdzające nieprawdę dokumenty albo nierzetelne oświadczenia dotyczące okoliczności mających istotne znaczenie dla uzyskania takiego kredytu, gwarancji kredytowej, dotacji, subwencji lub zamówienia publicznego, podlega karze pozbawienia wolności do lat 5.

§ 2. Tej samej karze podlega, kto wbrew ciążącemu na nim obowiązkowi nie powiadamia właściwego organu lub instytucji o powstaniu okoliczności mogących mieć wpływ na wstrzymanie albo ograniczanie wysokości udzielonego kredytu, gwarancji kredytowej, dotacji, subwencji lub zamówienia publicznego.

§ 3. Nie podlega karze kto przed wszczęciem postępowania karnego dobrowolnie zapobiegł wykorzystaniu kredytu, gwarancji kredytowej, dotacji, subwencji lub zamówienia publicznego, uzyskanych w sposób określony w § 1 lub 2. /Ustawa z dnia 12.10.1994r. o ochronie obrotu gospodarczego i zmianie niektórych przepisów prawa karnego Dz.U. 1994 Nr 126, poz. 615, Art. 3./)

.....
/data i podpisy osób uprawnionych
do reprezentacji Wnioskodawcy/*

Opinia do wniosku nr

nazwa wnioskodawcy		
przedmiot wniosku		
kwota wnioskowana		słownie:
nr decyzji		
opisowa część opinii (w tym liczba przyznanych punktów i uzasadnienie punktacji)		
<i>Podpisy Komisji</i>		
opinia radcy prawnego:		
kwota przyznana		słownie:

.....
(pieczęć i podpis kierownika PCPR)