

w sprawie : **ustalenia szczegółowych procedur udzielania osobie niepełnosprawnej dofinansowania likwidacji barier w komunikowaniu się, barier technicznych oraz barier architektonicznych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.**

Na podstawie: art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 05 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (j. t. Dz. U. z 2016 r. poz. 814, z późn. zm.) oraz art.35a ust. 1 pkt. 7 lit. d ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (j. t. Dz. U. z 2016 r. poz. 2046 z późniejszymi zmianami), § 2 pkt 4 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015, poz. 926 z późniejszymi zmianami); Zarząd Powiatu Myślenickiego uchwała, co następuje:

### § 1

Uchwała się:

1. Szczegółowe procedury udzielania osobie niepełnosprawnej dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się, barier technicznych oraz barier architektonicznych, stanowiące załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.
2. Wysokość dofinansowania likwidacji barier w komunikowaniu się, barier technicznych oraz barier architektonicznych w zależności od średniego miesięcznego dochodu na członka wspólnego gospodarstwa domowego za rok podatkowy poprzedzający rok, w którym składany jest wniosek, stanowiącą zał. nr 2 do niniejszej uchwały.
3. Wzór karty oceny stanu psychofizycznego, stanowiący załącznik numer 3 do niniejszej uchwały.
4. Wzór wniosku o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych stanowiący załącznik nr 4 do niniejszej uchwały.
5. Wzór wniosku o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, stanowiący załącznik numer 5 do niniejszej uchwały.

### § 2

Z dniem 31 grudnia 2016 roku traci moc Uchwała nr 95/2015 Zarządu Powiatu Myślenickiego z dnia 11 marca 2015 roku.

### § 3

Wykonanie uchwały powierza się Dyrektorowi Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Myślenicach.

### § 4

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia z mocą obowiązującą od dnia 01 stycznia 2017 r..

RADCA PRAWNY  
mgr Wiesława Bierówka  
KR-516

STAROSTA  
mgr Józef Białal

#### Uzasadnienie:

Przyjęcie uchwały wprowadza jasne i przejrzyste procedury zadań przyjmowanych corocznie do realizacji Uchwałą Rady Powiatu Myślenickiego oraz dopasowuje kryteria ich dofinansowania do możliwości wynikających z wysokości środków przekazanych Powiatowi z PFRON.

**Szczegółowe procedury udzielania osobie niepełnosprawnej dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się, barier technicznych oraz barier architektonicznych**

1. Zasady dofinansowania, tryb postępowania i wymagania, jakie powinny spełnić osoby, ubiegające się o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się, barier technicznych oraz barier architektonicznych określa rozporządzenie 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.
  2. Wysokość dofinansowania zakupu urządzeń, wykonania usługi z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się, barier technicznych oraz barier architektonicznych może wynieść do 70 % kosztów, nie więcej jednak niż do wysokości piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia.
  3. Wnioski podlegają rozpatrzeniu w kolejności ich wpływu. W szczególnie uzasadnionych przypadkach wniosek może być rozpatrzony i skierowany do dofinansowania poza kolejnością.
  4. Przy rozpatrywaniu wniosku, w szczególności będzie brana pod uwagę sytuacja osobista oraz posiadany stopień niepełnosprawności z uwzględnieniem rodzaju dysfunkcji, jaką posiada wnioskodawca.
  5. Pracownik PCPR, może zweryfikować sytuację osobistą i materialną wnioskodawcy oraz konieczność posiadania wnioskowanego urządzenia, w miejscu zamieszkania beneficjenta.
  6. Kolejność realizacji wniosków dotyczących likwidacji barier architektonicznych następuje po dokonaniu oceny przez przedstawiciela PCPR stanu psychofizycznego osoby oraz warunków mieszkaniowych osoby niepełnosprawnej. Jeżeli wnioskodawca nie określił we wniosku zakresu likwidacji barier – zakres ten, w zależności od rodzaju i stopnia samodzielności wnioskodawcy, ustala PCPR w porozumieniu z wnioskodawcą, po przeprowadzeniu wizji lokalnej.
  7. Po przeprowadzeniu przez przedstawiciela PCPR wizji lokalnej, wnioskodawca dostarcza kosztorys obejmujący zakres przeprowadzanych robót oraz ich wycenę. Zweryfikowany kosztorys staje się podstawą do podpisania umowy cywilno-prawnej na dofinansowanie prac remontowo-budowlanych z zakresu likwidacji barier architektonicznych.
  8. Wnioskodawca, któremu nie zostało przyznane dofinansowanie z powodu niewystarczającej wysokości środków finansowych Funduszu przeznaczonych na to zadanie w roku rozpatrywania wniosku, aby starać się o dofinansowanie w roku następnym, zobowiązany jest do złożenia nowego wniosku wraz z wymaganą dokumentacją, w kolejnym roku kalendarzowym.
  9. Wnioskowane urządzenia powinny posiadać przeciętny standard i cenę, chyba, że posiadana dysfunkcja uzasadnia zakup urządzenia o podwyższonym standardzie.
  10. W celu dokonania wyboru wniosków do realizacji oraz ustalenia zakresu dofinansowania, dyrektor PCPR może powołać komisję kwalifikacyjną, w skład, której powinien wejść m.in. przedstawiciel Powiatowej Społecznej Rady d/s. Osób Niepełnosprawnych.
  11. Komisja kwalifikuje do realizacji wnioski ze względu na posiadaną przez wnioskodawcę niepełnosprawność, jej stopień oraz proponowany zakres rzeczowy, który umożliwi lub ułatwi osobie niepełnosprawnej codzienne funkcjonowanie.
  12. Realizacja wniosków z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych następuje w kolejności ich składania po dokonaniu oceny przez przedstawiciela PCPR sytuacji zdrowotnej osoby niepełnosprawnej na podstawie zaświadczenie lekarskiego.
  13. Pierwszeństwo realizacji wniosków z zakresu likwidacji barier technicznych oraz barier w komunikowaniu się, przyznaje się pozytywnie rozpatrzonym wnioskom na zakup przedmiotów,
-

urządzeń, ułatwiających poruszanie się, pielęgnację oraz zachowanie odpowiedniej higieny osoby niepełnosprawnej lub za zgodą Komisji kwalifikacyjnej gdy zachodzi przesłanka do realizacji wniosku poza kolejnością.

14. Komisja kwalifikacyjna podczas rozpatrywania wniosków z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się i/lub likwidacji barier technicznych bierze pod uwagę wartość brutto przedmiotów/urządzeń wskazanych do dofinansowania tak aby posiadały przeciętną cenę chyba, że posiadana dysfunkcja uzasadnia zakup urządzenia o wartości wyższej niż przeciętna.  
W sytuacji gdy Komisja uzna wartość przedmiotu/urządzenia za zawyżoną, przy podjęciu decyzji o dofinansowaniu może obniżyć wartość danego przedmiotu/urządzenia.
15. Przy rozpatrywaniu wniosku z zakresu likwidacji barier architektonicznych, Komisja kwalifikacyjna ustala ewentualny zakres prac oraz wartość przedsięwzięcia, od której będzie liczony procent dofinansowania zgodnie z załącznikiem 2 do niniejszej Uchwały.
16. Wnioski przyjmowane i realizowane są do wyczerpania środków finansowych w budżecie na przedmiotowe zadanie w danym roku kalendarzowym.
17. Jeżeli wnioskodawca zmarł przed rozpatrzeniem wniosku, nie podlega on dalszemu rozpatrywaniu. Jeżeli wnioskodawca zmarł po podpisaniu umowy a przed jej zakończeniem, dofinansowanie może być wypłacone tylko za usługi wykonane i urządzenia zakupione przed zgonem wnioskodawcy.
18. Podanie przez wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, bez względu na to, czego dotyczą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrzenia.

STAROSTA

*mgr Józef Tomaj*

Wysokość dofinansowania likwidacji barier w komunikowaniu się, barier technicznych oraz barier architektonicznych w zależności od oświadczenia o przeciętnym miesięcznym dochodzie rodziny, pomniejszonym o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenia zdrowotne oraz kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek.

Wysokość dochodu na członka rodziny w PLN)	Procent dofinansowania likwidacji barier w komunikowaniu się, barier technicznych oraz barier architektonicznych
do 700,00	70% dofinansowania
powyżej 700,00 do 1 400,00	50% dofinansowania
powyżej 1 400,00	30% dofinansowania

STAROSTA  
*mgr Józef Tomiał*

**KARTA**  
**oceny stanu psychofizycznego osoby ubiegającej się o dofinansowanie likwidacji barier**  
**architektonicznych w miejscu zamieszkania**

Imię i nazwisko .....wiek .....

Adres ..... Nr telefonu .....

		Skala punktacji	Otrzymana ocena
1.	Ocena sprawności ruchowej		
a)	osoba leżąca, nie jest w stanie poruszać się na wózku inwalidzkim nawet przy pomocy innych osób	10	[ ]
b)	osoba porusza się na wózku inwalidzkim tylko przy pomocy innych osób	8	[ ]
c)	osoba porusza się na wózku inwalidzkim samodzielnie w terenie dostępnym	8	[ ]
d)	osoba porusza się na wózku inwalidzkim w okresach nasilenia dolegliwości	8	[ ]
e)	osoba porusza się wyłącznie przy pomocy balkonika/kul/innej osoby	6	[ ]
f)	osoba porusza się okresowo przy pomocy balkonika/kul/innej osoby	4	[ ]
g)	osoba porusza się samodzielnie	0	[ ]
2.	Zdolność komunikowania się z innymi		
a)	Całkowita	0	[ ]
b)	Ograniczona	5	[ ]
c)	brak zdolności	10	[ ]
3.	Zdolność zaspakajania podstawowych potrzeb życiowych (takich jak: spożywanie posiłków, toaleta, higiena osobista, ubiór)		
a)	Samodzielnie	0	[ ]
b)	z pomocą osoby drugiej	5	[ ]
c)	wymaga całkowitej obsługi i pielęgnacji osób drugich	10	[ ]

Data sporządzenia oceny .....

Podpis wnioskodawcy lub opiekuna

Podpis pracowników PCPR

.....

.....

.....

STAROSTA

*mgr Józef Tołwał*

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Myślenicach

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

DN – BKT – 615 - \_\_\_\_\_/\_\_\_\_

**WNIOSK**

o dofinansowanie ze środków PFRON  
zakupu urządzeń

z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się/likwidacji barier technicznych

**WNIOSKODAWCA ( PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIE, DRUKOWANYMI LITERAMI )**

IMIĘ I NAZWISKO	ADRES ZAMIESZKANIA
NUMER DOWODU OSOBISTEGO	NUMER PESEL
POSIADANE ORZEZCZENIE	NUMER TELEFONU KONTAKTOWEGO

Wykaz planowanych przedsięwzięć (zakupu urządzeń, wykonanie usług) w celu likwidacji barier w kolejności od najważniejszego dla Wnioskodawcy – z podaniem dokładnego uzasadnienia, w jaki sposób ich realizacja umożliwi lub ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem, zwiększy samodzielność i niezależność życiową, poprawi warunki pracy i nauki oraz jakość społecznego funkcjonowania:

LP	PRZEDSIĘWZIĘCIE	UZASADNIENIE

**DANE OPIEKUNA PRAWNEGO/KURATORA/PEŁNOMOCNIKA/PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO  
(PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIE, DRUKOWANYMI LITERAMI)**

IMIĘ I NAZWISKO	ADRES ZAMIESZKANIA
NUMER DOWODU OSOBISTEGO	NUMER PESEL
NUMER TELEFONU KONTAKTOWEGO	_____

Podpis wnioskodawcy/opiekuna prawnego kuratora/  
/pełnomocnika/przedstawiciela ustawowego

**STAROSTA**

*mgr Józef Towiał*

## Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

1. na likwidację barier w komunikowaniu się lub barier technicznych:	
1.1 nie korzystałem	
1.2 korzystałem ( data dofinansowania )	
a) przedmiot dofinansowania	
b) kwota dofinansowania [ zł ]	
2. korzystałem na inne cele ustawowe i rozliczyłem się/jestem w trakcie rozliczania/nie rozliczyłem się	

Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wraz z wnioskodawcą	
Miesięczny dochód (netto) mojej rodziny obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek	
Kwota alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób	
Miesięczny dochód (netto) w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego	

### !!!! UWAGA !!!!

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

Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.

Zostałam/em poinformowana/ny o szczegółowych procedurach realizacji wniosku dotyczącego dofinansowania do likwidacji barier w komunikowaniu się i barier technicznych.

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

Pouczony o odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań, wynikającej z 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”

Uprzedzony/a o odpowiedzialności wynikającej z art.297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 06 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 ) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

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

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się informować w ciągu 14 dni od ich zaistnienia.

Data i czytelny podpis wnioskodawcy/  
opiekuna prawnego/kuratora/pełnomocnika/  
przedstawiciela ustawowego

Wymagane załączniki do wniosku:

1. Kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności lub jego odpowiednik (w przypadku gdy z wnioskodawcą zamieszkują inne osoby niepełnosprawne – kopię ich orzeczeń)
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia od lekarza specjalisty, zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności (załącznik do wniosku)
3. Zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy o statusie zawodowym w przypadku osoby bezrobotnej lub poszukującej pracy
4. Opinia psychologa/nauczyciela/wychowawcy/dyrektora szkoły lub placówki – w przypadku gdy wnioskodawca pobiera naukę
5. Dowód osobisty wnioskodawcy i opiekuna gdy wypisany we wniosku – do wglądu
6. Kopia postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego/akt notarialny lub inny dokument stwierdzający, iż opiekun (o ile wypisany powyżej) sprawuje opiekę nad wnioskodawcą
7. Kosztorys/oferta handlowa/wycena/faktura pro-forma na wnioskowane przedmioty/urządzenia podbite pieczętą sprzedawcy

ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON  
LIKWIDACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ I/LUB BARIER TECHNICZNYCH

BARDZO PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE NINIEJSZEGO DOKUMENTU W CELU  
PRAWIDŁOWEJ WERYFIKACJI DANYCH WNIOSKODAWCY

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA	ADRES ZAMIESZKANIA
DATA URODZENIA	NUMER PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....  
.....

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące

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

4. Używane zaopatrzenie ortopedyczne/sprzęt rehabilitacyjny.

.....  
.....

5. Konieczność realizacji zadań zmierzających do usunięcia barier technicznych i/lub w komunikowaniu się , które umożliwiają lub w znacznym stopniu ułatwiają osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności i/lub kontaktów z otoczeniem

TAK (uzasadnienie)

.....  
.....

NIE (uzasadnienie)

.....  
.....

**Niepełnosprawność pacjenta dotyczy:**

dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim

inna dysfunkcja narządu ruchu (jaka?).....

dysfunkcja narządu słuchu

dysfunkcja narządu mowy

dysfunkcja narządu wzroku

zaburzenia psychiczne

upośledzenie umysłowe

niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia

.....  
Pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

**STAROSTA**

*mgr Józef Tomal*



## POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W MYŚLENICACH

DN-BA-616-...../.....

.....  
data wpływu kompletnego wniosku

### WNIOSEK

O dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej mającej trudności w poruszaniu się

#### I. Dane dotyczące Wnioskodawcy (PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNICIE, DRUKOWANYMI LITERAMI)

IMIĘ I NAZWISKO	ADRES ZAMIESZKANIA
NUMER DOWODU OSOBISTEGO	NUMER PESEL
POSIADANE ORZECZENIE	NUMER TELEFONU KONTAKTOWEGO

#### II. Rodzaj niepełnosprawności

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

#### III. Sytuacja zawodowa

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

#### IV. A. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i mieszkania (\*niepotrzebne skreślić)

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

#### V. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

	Data	Numer umowy	Kwota przyznana
1. na likwidację barier architektonicznych			
a) nie korzystałem			
b) korzystałem			
2. korzystałem na inne cele ustawowe i rozliczyłem się			
3. korzystałem na inne cele ustawowe i jestem w trakcie Rozliczania			
4. korzystałem i nie rozliczyłem się			

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

IMIĘ I NAZWISKO – POKREWIEŃSTWO	NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ	
	STOPIEŃ	RODZAJ
1		
2		
3		
4		
5		
6		

**VII. Dane informacyjne o Wnioskodawcy (1)**

Wykształcenie	Zaznacz właściwe	rodzaj źródła utrzymania	Zaznacz właściwe
1. niepełne podstawowe		1. wynagrodzenie z pracy	
2. 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*	

*proszę wstawić X we właściwej rubryce*

**VIII. Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów, robót) oraz w jakim celu muszą one być wykonane (tzn. jak pomogą osobie niepełnosprawnej w codziennym funkcjonowaniu)**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**VIII. Ogólna wartość planowanego (wnioskowanego) przedsięwzięcia**

---

**IX. Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik  
PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIE, DRUKOWANYMI LITERAMI)**

IMIĘ I NAZWISKO	ADRES ZAMIESZKANIA
NUMER DOWODU OSOBISTEGO	NUMER PESEL
NUMER TELEFONU KONTAKTOWEGO	

*Podpis wnioskodawcy, opiekuna lub pełnomocnika osoby niepełnosprawnej*

## OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, pomniejszony o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenia zdrowotne oraz kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek, wynosi .....

Liczba osób zamieszkujących we wspólnym gospodarstwie domowym (wraz z wnioskodawcą): .....

Pouczony o odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań, wynikającej z 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”  
Zostałam/em poinformowana/ny o szczegółowych procedurach realizacji wniosku dotyczącego dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 poz. 1182 z późn. zm.)

O zmianach mających wpływ na realizację dofinansowania zaistniałych po złożeniu wniosków zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni od zaistnienia wskazanych okoliczności.

Dofinansowanie nie może obejmować kosztów poniesionych przed dniem podpisania umowy o dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych.

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

### Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub jego odpowiednik
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób;
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie od lekarza specjalisty, zawierające informację o dysfunkcji organizmu utrudniającej poruszanie się;
4. Poświadczenie zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych;
5. Dokument potwierdzający prawo własności oraz pisemna zgoda właściciela nieruchomości na przeprowadzenie prac z zakresu likwidacji barier architektonicznych;
6. Oświadczenie wnioskodawcy o posiadaniu środków na wkład własny
7. Dowód osobisty wnioskodawcy i opiekuna gdy wypisany we wniosku – do wglądu

### W zakwalifikowania wniosku do realizacji dokumentami uzupełniającymi będą:

1. Kosztorys inwestorski (szczęgółowy) na zakres prac zakwalifikowanych do realizacji wraz z zestawieniem i wyceną potrzebnych materiałów.
2. Projekt, pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach).
3. ....
4. ....

.....  
Podpis wnioskodawcy, opiekuna lub pełnomocnika  
osoby niepełnosprawnej

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**  
**o posiadaniu środków na wkład własny**

(dotyczy wnioskodawców ubiegających się o dofinansowanie środków PFRON)

dla: **Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Myślenicach**

celu dofinansowania likwidacji barier architektonicznych

Niniejszym oświadczam, że Ja.....

Zamieszkały(a) w.....  
(miejscowość)

ul .....nr domu ..... nr mieszkania.....

posiadam środki finansowe na wkład własny w wysokości wymaganej zasadami zadania

....., data.....  
(miejscowość)

.....  
(podpis wnioskodawcy)

ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON LIKWIDACJI  
BARIER ARCHITEKTONICZNYCH  
BARDZO PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE NINIEJSZEGO DOKUMENTU W CELU  
PRAWIDŁOWEJ WERYFIKACJI DANYCH WNIOSKODAWCY

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA	ADRES ZAMIESZKANIA
DATA URODZENIA	NUMER PESEL

6. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

7. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności

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

8. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące

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

9. Używane zaopatrzenie ortopedyczne/sprzęt rehabilitacyjny

.....  
.....

10. Konieczność realizacji zadań zmierzających do usunięcia barier architektonicznych, które umożliwiają lub w znacznym stopniu ułatwiają osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności i/lub kontaktów z otoczeniem

TAK (uzasadnienie)

.....  
.....

NIE (uzasadnienie)

.....  
.....

**Niepełnosprawność pacjenta dotyczy:**

dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim

inna dysfunkcja narządu ruchu (jaka?).....

dysfunkcja narządu słuchu

dysfunkcja narządu mowy

dysfunkcja narządu wzroku

zaburzenia psychiczne

upośledzenie umysłowe

niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia

.....  
Pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

**STAROSTA**

*mgr Józef Tomal*