

Zarządzenie nr 33/2020
Dyrektora Powiatowego Centrum
Pomocy Rodzinie w Wołominie
z dnia 16 listopada 2020 r.

w sprawie: określenia Zasad postępowania przy przyznawaniu dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz wzorów wniosków i formularzy związanych z realizacją zadań z zakresu rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych.

Na podstawie § 9 ust. 1 pkt 12 Regulaminu Organizacyjnego Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie, wprowadzonego Uchwałą Nr VI-252/2019 Zarządu Powiatu Wołomińskiego z dnia 2 października 2019 oraz wprowadzonych zmian do regulaminu Uchwałą Nr VI-241/2020 Zarządu Powiatu Wołomińskiego z dnia 6 sierpnia 2020 r., w związku z art. 35a ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 426 z późn. zm.), oraz na podstawie 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 (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 926, z późn. zm.) oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (t.j. Dz. U. z 2007 r., poz. 1694, z późn. zm.) zarządzam, co następuje:

§ 1

Ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zwanego dalej Funduszem w zakresie rehabilitacji społecznej, mogą być dofinansowane następujące rodzaje zadań:

- 1) Uczestnictwo osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych;
- 2) Sport, kultura, rekreacja i turystyka dla osób niepełnosprawnych;
- 3) Zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane osobom niepełnosprawnym na podstawie odrębnych przepisów;
- 4) Likwidacja barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych, w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych;

AA

- 5) Usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika;
- 6) Rehabilitacja dzieci i młodzieży.

§ 2

Określa się i wprowadza do stosowania następujące dokumenty i formularze:

- 1) Zasady postępowania w sprawie przyznania dofinansowania ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych, w brzmieniu określonym w **załączniku nr 1** do niniejszego zarządzenia;
- 2) Wzór wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym wraz z załącznikami (nr 1, nr 2, nr 3, nr 4, nr 5, nr 6, nr 7 oraz nr 8 do formularza wniosku), w brzmieniu określonym w **załączniku nr 2** do niniejszego zarządzenia;
- 3) Zasady postępowania w sprawie przyznania dofinansowania ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych, w brzmieniu określonym w **załączniku nr 3** do niniejszego zarządzenia;
- 4) Wzór wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych, wraz z załącznikami (nr 1, nr 2, nr 3, nr 4, nr 5, nr 6, nr 7 oraz nr 8 do formularza wniosku) w brzmieniu określonym w **załączniku nr 4** do niniejszego zarządzenia;
- 5) Zasady postępowania w sprawie przyznania dofinansowania ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, w brzmieniu określonym w **załączniku nr 5** do niniejszego zarządzenia;
- 6) Wzór wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny wraz z załącznikami (nr 1, nr 2, nr 3, nr 4 oraz nr 5 formularza wniosku) w brzmieniu określonym w **załączniku nr 6** do niniejszego zarządzenia;
- 7) Wzór wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny dla osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, osób prawnych i jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej wraz z załącznikami nr 1, nr 2, nr 3, nr 4, nr 5 oraz nr 6), w brzmieniu określonym w **załączniku nr 7** do niniejszego zarządzenia;

- 8) Zasady postępowania w sprawie przyznania dofinansowania ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane osobom niepełnosprawnym na podstawie odrębnych przepisów, w brzmieniu określonym w **załączniku nr 8** do niniejszego zarządzenia;
- 9) Wzór wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji osób niepełnosprawnych zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wraz z załącznikami (nr 1, nr 2, nr 3, nr 4 oraz nr 5 formularzu wniosku) w brzmieniu określonym w **załączniku nr 9** do niniejszego zarządzenia;
- 10) Zasady postępowania w sprawie przyznania dofinansowania ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych w miejscu zamieszkania w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych, w brzmieniu określonym w **załączniku nr 10** do niniejszego zarządzenia;
- 11) Wzór wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych oraz w komunikowaniu się wraz z załącznikami (nr 1, nr 2, nr 3 oraz nr 4 do formularzu wniosku) w brzmieniu określonym w **załączniku nr 11** do niniejszego zarządzenia;
- 12) Wzór wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej wraz z załącznikami (nr 1, nr 2, nr 3 oraz nr 4 do formularzu wniosku) w brzmieniu określonym w **załączniku nr 12** do niniejszego zarządzenia;
- 13) Zasady postępowania w sprawie przyznania dofinansowania ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych usługi tłumacza migowego lub tłumacza-przewodnika, w brzmieniu określonym w **załączniku nr 13** do niniejszego zarządzenia;
- 14) Wzór wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika wraz z załącznikami (nr 1, nr 2, nr 3, nr 4 oraz nr 5 formularzu wniosku) w brzmieniu określonym w **załączniku nr 14** do niniejszego zarządzenia.

§ 3

- 1) Traci moc Zarządzenie nr 52/2019 Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie z dnia 27.12.2019 r. w sprawie określenia Zasad postępowania przy przyznawaniu dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz wzorów wniosków o przyznanie dofinansowania.
- 2) Traci moc Zarządzenie nr 20/2017 Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie z dnia 28.12.2017 r. w sprawie: ustalenia metryczek do wniosków o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na zadania z zakresu rehabilitacji społecznej.

§ 4

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania, z mocą obowiązującą od 01.01.2021 r.

DYREKTOR
Powiatowego Centrum Pomocy
Rodzinie w Wołominie
Maciej Burakowski

RADCA PRAWNY
Juliana Kapalska

Zasady postępowania w sprawie przyznania dofinansowania ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych w miejscu zamieszkania w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

I. Informacje ogólne:

Niniejsze zasady określają:

1. Warunki, jakie muszą spełniać osoby niepełnosprawne ubiegające się o dofinansowanie,
2. Tryb składania wniosków i zasady rozpatrywania wniosków,
3. Zasady ustalania rozpatrywania wniosków,
4. Zasady podpisania umowy,
5. Zasady przekazywania środków finansowych,
6. Katalogi rzeczowe urządzeń, materiałów budowlanych, robót i innych czynności.

Ilekróć w niniejszych zasadach jest mowa o:

1. **Centrum** – oznacza Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie,
2. **Funduszu** – oznacza to Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
3. **Komisji** – oznacza to Komisję do spraw opiniowania wniosków o dofinansowanie ze środków Funduszu, powołaną przez dyrektora Centrum,
4. **Osobie niepełnosprawnej** – oznacza to osobę posiadającą:
 - a) orzeczenie o zaliczeniu do znacznego, umiarkowanego lub lekkiego stopnia niepełnosprawności,
 - b) orzeczenie o zaliczeniu do osób niepełnosprawnych, w przypadku osób, które nie ukończyły 16 roku życia,
 - c) orzeczenie o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy wydane przez lekarza orzecznika Zakładu ubezpieczeń Społecznych,
 - d) orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji wydane przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
 - e) orzeczenie o zaliczeniu do I, II lub III grupy inwalidzkiej wydane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych przed dniem 1 stycznia 1998 r.,
 - f) orzeczenie o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydane przez kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przed dniem 1 stycznia 1998 r.
5. **Staroście** - oznacza to Starostę Powiatu Wołomińskiego,
6. **Przeciętnym miesięcznym dochodzie obliczonym za kwartał** – oznacza to dochód w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 111 z późn. zm.) podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym i podzielony przez trzy miesiące,

7. **Przeciętnym wynagrodzeniu** – oznacza to przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce narodowej w poprzednim kwartale od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w formie komunikatu w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 53 z późn. zm.).
8. **Barierach** – oznacza to bariery architektoniczne, w komunikowaniu się i techniczne,
9. **Barierach architektonicznych** – oznacza to wszelkie utrudnienia występujące w budynku i jego najbliższej okolicy, które ze względu na rozwiązania techniczne, konstrukcyjne lub warunki użytkowania ograniczają lub utrudniają swobodę ruchu osobom niepełnosprawnym,
10. **Barierach w komunikowaniu się** – oznacza to ograniczenia umożliwiające lub utrudniające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji,
11. **Barierach technicznych** – oznacza to bariery utrudniające lub uniemożliwiające osobie niepełnosprawnej funkcjonowanie społeczne; likwidacja tej bariery powinna powodować sprawniejsze działanie tej osoby w społeczeństwie i umożliwić jej funkcjonowanie w życiu codziennym.

II. Warunki, jakie muszą spełnić osoby niepełnosprawne ubiegające się o dofinansowanie:

1. O dofinansowanie ze środków Funduszu likwidacji barier mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, jeżeli ta likwidacja umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem, z tym, że;
 - a) **na likwidację barier architektonicznych** – osoby niepełnosprawne, które mają trudności w poruszaniu się, jeżeli są właścicielami nieruchomości lub użytkownikami wieczystymi nieruchomości albo posiadają zgodę właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego, w którym stale zamieszkują,
 - b) **na likwidację barier w komunikowaniu się i technicznych** – osoby niepełnosprawne, jeżeli jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności, co zostało potwierdzone m. in. opinią ze specjalistycznych ośrodków diagnostycznych, poradni specjalistycznych oraz innymi opiniami uzasadniającymi potrzebę korzystania z wnioskowanego sprzętu lub zaświadczeniem lekarskim właściwego lekarza specjalisty.
2. Wysokość dofinansowania likwidacji barier może wynosić do 95% kosztów przedsięwzięcia, nie więcej jednak niż do wysokości piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia.
3. Dofinansowanie likwidacji barier nie przysługuje osobom niepełnosprawnym, które w ciągu ostatnich trzech lat przed złożeniem wniosku uzyskały odpowiednio na te cele dofinansowanie ze środków funduszu oraz osobom, które w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku były stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu i rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie osoby niepełnosprawnej.

4. Dofinansowanie nie obejmuje kosztów likwidacji barier poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.
5. Dofinansowanie ze środków Funduszu może być objęta likwidacja barier architektonicznych w budynkach lub pomieszczeniach już istniejących (bariery muszą istnieć, aby mogły zostać zlikwidowane). Dofinansowaniem ze środków Funduszu nie może być objęte dostosowanie budynku nowo wybudowanego lub będącego w trakcie prac wykończeniowych.
6. Wysokość przyznanego dofinansowania określa się na podstawie zweryfikowanego, przewidywanego kosztu zadania.
7. Podstawą dofinansowania likwidacji barier ze środków Funduszu stanowi umowa zawarta przez Starostę z osobą niepełnosprawną lub w przypadku osoby małoletniej z jej przedstawicielem ustawowym.
8. Umowy na dofinansowanie likwidacji barier zawierane będą w okresie roku budżetowego, w którym uchwalono środki na powyższe dofinansowanie zgodnie z uchwałą rady Powiatu Wołomińskiego w sprawie określenia zadań, na które przeznacza się środki Funduszu.
9. Jeżeli osoba niepełnosprawna nie określi we wniosku zakresu likwidacji barier – zakres dofinansowania, w zależności od rodzaju i stopnia niepełnosprawności wnioskodawcy, ustala w porozumieniu z tą osobą, Starosta za pośrednictwem Centrum.
10. Rozpatrzenie wniosku nie podlega przepisom Kodeksu postępowania administracyjnego.
11. W przypadku śmierci Wnioskodawcy wniosek nie podlega dalszemu rozpatrzeniu.

III. Tryb składania wniosków i zasady rozpatrywania wniosków

1. Wnioski o udzielenie dofinansowania likwidacji barier należy składać w siedzibie Centrum na właściwych drukach wniosków wraz z kompletem wymaganych załączników. Wniosek o udzielenie dofinansowania likwidacji barier technicznych, w komunikowaniu się stanowi załącznik nr 11 do Zarządzenia Nr 33/2020 Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie z dnia 16.11.2020 r., wniosek o udzielenie dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej stanowi załącznik nr 12 do Zarządzenia Nr 33/2020 Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie z dnia 16.11.2020 r.
2. Osoba niepełnosprawna może złożyć wniosek o dofinansowanie likwidacji barier w każdym czasie.
3. Osoba niepełnosprawna może złożyć wniosek osobiście bądź przez pełnomocnika. W imieniu małoletnich osób niepełnosprawnych wniosek składa przedstawiciel ustawowy.
4. W przypadku złożenia niekompletnego wniosku Centrum występuje w ciągu 10 dni do osoby niepełnosprawnej o jego uzupełnienie lub złożenie dodatkowych dokumentów w przypadku, gdy złożone dokumenty nie w pełni potwierdzają konieczność

- dofinansowania likwidacji określonej bariery. Nie uzupełnienie wniosku w ciągu 30 dni powoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.
5. Wniosek rozpatrywany jest w terminie 30 dni od dnia złożenia kompletnego wniosku. Wnioskodawca informowany jest o sposobie rozpatrzenia w terminie 7 dni od dnia rozpatrzenia kompletnego wniosku.
 6. Wniosek podlega ocenie formalnej i merytorycznej w oparciu o skalę punktową opracowaną przez Centrum. Załącznik nr 2 oraz nr 3 do wniosku.
 7. Przyznawanie dofinansowania, do ocenionych pod względem formalnym i merytorycznym wniosków, prowadzone jest w miarę posiadanych środków finansowych.
 8. Dofinansowanie przyznawane jest wg kolejności wpływu wniosku oraz opracowanej skali punktowej przez Centrum.
 9. W celu raportowania oraz kontroli wydawanych środków finansowych raz na kwartał odbywają się posiedzenia Komisji.
 10. W przypadku zwiększenia w ciągu roku kalendarzowego środków finansowych Funduszu dofinansowanie przyznawane jest w pierwszej kolejności wnioskowi z poprzednich kwartałów, uprzednio nie zrealizowanych, aż do wyczerpania środków. Dofinansowanie przyznawane jest wówczas w kolejności odpowiadającej porządkowi realizacji wniosków w danych kwartałach.
 11. W przypadku rezygnacji Wnioskodawcy z dofinansowania, niewykorzystane środki finansowe przechodzą na kolejne osoby z list rankingowych.
 12. Centrum w uzasadnionych przypadkach może wyrazić zgodę na dofinansowanie Wnioskodawcy znajdującemu się na liście rankingowej, z pominięciem procedur określonych w pkt 7 i 8.
 13. Decyzje o przyznaniu lub odmowie dofinansowania mogą być podejmowane po podjęciu przez Radę Powiatu Wołomińskiego uchwały dotyczącej podziału środków finansowych Funduszu na realizację zadań z zakresu rehabilitacji społecznej a w szczególnych i uzasadnionych przypadkach, Centrum może podjąć decyzję o przyznaniu dofinansowania z otrzymanej zaliczki ze środków PFRON w danym roku.
 14. Wnioskodawcom, którym nie zostało przyznane dofinansowanie do likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych z powodu niewystarczającej ilości środków finansowych Funduszu przeznaczonych na dane zadanie w roku rozpatrywania wniosku muszą wystąpić o dofinansowanie ponownie, składając nowy Wniosek i aktualizując wymagane załączniki.
 15. Wnioskodawcom, którym nie zostało przyznane dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania z powodu niewystarczającej ilości środków finansowych Funduszu przeznaczonych na dane zadanie w roku rozpatrywania wniosku, może zostać przedłużone zachowanie ważności wniosku i pozostawienie wniosku na liście wniosków oczekujących na przyznanie dofinansowania ze środków otrzymanych na kolejne lata.
 16. Jeżeli wnioskodawca zmarł wniosek nie podlega dalszemu rozpatrywaniu. Należy przyjąć do rozpatrywania kolejny wniosek, który otrzymała najwyższą ocenę punktową.

17. Od odmowy przyznania dofinansowania wnioskodawcy nie przysługuje odwołanie w rozumieniu przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego.

IV. Zasady ustalania rozpatrywania wniosków:

1. Rozpatrywanie wniosków osoby niepełnosprawnej obejmuje ocenę formalną i merytoryczną:
 - a) ocenę zasadności wniosku,
 - b) sprawdzenie czy wniosek posiada wymagane załączniki,
 - c) sprawdzenie wiarygodności podanych we wniosku informacji, również poprzez dokonanie wizji lokalnej,
 - d) opinię Komisji.
2. Przy rozpatrywaniu wniosku osoby niepełnosprawnej bierze się pod uwagę:
 - a) stopień niepełnosprawności i istniejące sprzężenia,
 - b) liczbę osób niepełnosprawnych zamieszkałych w danym lokalu,
 - c) prowadzenie gospodarstwa domowego samotnie lub z innymi osobami w tym osobami niepełnosprawnymi,
 - d) średni dochód na członka rodziny,
 - e) całkowity koszt zadania,
 - f) możliwość dofinansowania przez sponsora (np. Spółdzielnie, urząd gminy, administrację mieszkaniową lub inne podmioty),
 - g) wcześniejsze korzystanie przez osobę niepełnosprawną ze środków Funduszu.
3. W przypadku ograniczonych środków finansowych wnioski nie będą rozpatrywane w kolejności ich złożenia lecz w pierwszej kolejności rozpatrywane będą wnioski osób:
 - a) poruszających się na wózkach inwalidzkich,
 - b) po amputacji kończyn dolnych,
 - c) niewidomych,
 - d) poruszających się przy pomocy urządzeń pomocniczych,
 - e) samotnie gospodarujących,
 - f) więcej niż jedna osoba niepełnosprawna w gospodarstwie domowym,
 - g) z inną dysfunkcją narządu ruchu, wzroku lub stwarzających trudności w poruszaniu się pod warunkiem posiadania przez powiat wołomiński środków finansowych z Funduszu.
4. W przypadku niewystarczającej ilości środków finansowych z Funduszu przeznaczonych na likwidację barier w danym roku kalendarzowym ustala się maksymalny procent dofinansowania do likwidacji barier uzależniony od sytuacji dochodowej Wnioskodawcy:

Likwidacja barier w komunikowaniu:

Bariery w komunikowaniu się to „bariery utrudniające lub uniemożliwiające osobie niepełnosprawnej funkcjonowanie społeczne; likwidacja tej bariery powinna powodować sprawniejsze działanie tej osoby w społeczeństwie i umożliwić jej funkcjonowanie w życiu codziennym.”, w związku z powyższym określa się limit do jednego sprzętu.

Wnioskodawca, który wnioskuje na zakup sprzętu zobowiązany jest do posiadania dostępu do Internetu. W szczególnie uzasadnionych przypadkach gdy Wnioskodawca nie posiada dostępu do Internetu zobowiązuje się po otrzymaniu dofinansowania o dostarczenie dokumentu potwierdzającego korzystanie z usługi telekomunikacyjnej.

dofinansowani wynosi:

do 95% lecz nie więcej niż:

2000 zł – do laptopa

2000 zł – do tabletu, smartfona itp.

2500 zł – do komputera stacjonarnego

1500 zł – do specjalistycznego oprogramowania komputerowego

4000 zł – do specjalistycznego sprzętu elektronicznego (dla osób ze znaczną dysfunkcją narządu wzroku oraz dla osób ze znaczną dysfunkcją kończyn górnych)

Bariery techniczne i architektoniczne

Procent dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych i technicznych, uzależniony jest od miesięcznego dochodu na członka wspólnego gospodarstwa domowego oraz osoby samotnej:

Wysokość dochodu na członka rodziny	Procent dofinansowania do likwidacji barier
do 700 zł	do 95% dofinansowania
od 701 zł do 1400 zł	do 85% dofinansowania
od 1401 zł do 2100 zł	do 75% dofinansowania
powyżej 2100 zł	do 65% dofinansowania

Wysokość dochodu osoby samotnej	Procent dofinansowania do likwidacji barier
do 1.100 zł	do 95% dofinansowania
od 1101 zł do 1800 zł	do 85% dofinansowania
od 1801 zł do 2500 zł	do 75% dofinansowania
powyżej 2500 zł.	do 65% dofinansowania

W przypadku wysokich dochodów Starosta może obniżyć kwotę dofinansowania poniżej 40% lub odmówić dofinansowania.

5. Rozpatrywanie wniosków odbywa się w dwóch etapach.

Etap I obejmuje:

- a) Sprawdzenie, czy wniosek posiada wymagane załączniki,
- b) Dokonanie wstępnej wizji lokalnej w celu weryfikacji zasadności zaproponowanego przez wnioskodawcę zakresu zadań,
- c) Sprawdzenie wiarygodności podanych we wniosku informacji,

- d) Dokonywanie oceny wniosku według skali punktowej opracowanej Centrum,
- e) Sporządzenie listy wniosków według uzyskanej punktacji – od najwyższej do najniższej.

Etap II obejmuje

- a) Sprawdzenie poprawności rozwiązań technicznych i ich zgodności z zakresem ustalonym w etapie I,
 - b) Weryfikację przewidywanego kosztu w oparciu o wizję lokalną i kosztorys sprawdzający.
6. Nie podlegają rozpatrywaniu wnioski:
- a) niekompletne,
 - b) osób, które po otrzymaniu dofinansowania na cele, określone w ustawie, nie dotrzymały warunków umowy,
 - c) osób, które otrzymały na wnioskowany cel dofinansowanie w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku.

V. Zasady podpisania umowy:

1. Szczegółowy koszt urządzeń, materiałów budowlanych, robót lub innych czynności ustala się w oparciu o średnie ceny publikowane w informatorach i biuletynach budowlanych lub regionalnych informatorach, a przypadku ich braku średnich cen rynkowych.
2. Do obowiązków osoby niepełnosprawnej należy uzyskanie uzgodnień, opinii i pozwoleń wymaganych przepisami szczególnymi oraz pozwolenia na budowę, a także zapewnienia nadzoru inwestorskiego – w koniecznych przypadkach. Koszty uzyskania pozwoleń oraz nadzoru inwestorskiego pokrywa osoba niepełnosprawna.
3. Obowiązkiem osoby niepełnosprawnej jest przedstawienie kosztorysu ofertowego. Zweryfikowany przez Centrum kosztorys ofertowy i opracowany przez osobę zatrudnianą przez Centrum, posiadającą odpowiednie kwalifikacje budowlane, kosztorys sprawdzający określa zakres rzeczowy i finansowy robót budowlanych będących przedmiotem umowy o dofinansowanie.
4. Przekroczenie kosztów ponad wysokość określoną w kosztorysie sprawdzającym, stanowiącym załącznik do umowy o dofinansowanie oraz przyjętej do dofinansowania kwoty, także w przypadkach gdy niezbędne było wykonanie dodatkowych robót budowlanych wymaganych przepisami, w tym techniczno-budowlanymi i obowiązującymi polskimi normami oraz zasadami wiedzy technicznej, osoba niepełnosprawna pokrywa ze środków własnych.
5. Osoba niepełnosprawna zobowiązana jest, w zależności od rodzaju zadania, powierzyć wykonanie budowy lub robót budowlanych wybranym przez siebie podmiotom i zawrzeć stosowne umowy o roboty budowlane z wykonawcą. Umowa z wykonawcą powinna przewidywać udzielenie gwarancji na wykonanie prac oraz zachować terminy wykonania prac określone w umowie o dofinansowanie zawartej między Starostą a osobą niepełnosprawną. W każdym przypadku osoba niepełnosprawna ponosi pełną odpowiedzialność za działania wykonawcy. O zawarciu umowy

z wykonawcą wnioskodawca zobowiązany jest powiadomić Centrum w terminie 7 dni od daty jej zawarcia.

6. Osoba niepełnosprawna zobowiązana jest do powiadomienia Centrum w formie pisemnej, pod rygorem rozwiązania umowy, o każdej zmianie mającej wpływ na realizację zobowiązań wynikających z umowy o dofinansowanie, w terminie 7 dni od zaistnienia zdarzenia.

VI. Zasady przekazania środków finansowych

1. Przekazanie środków finansowych następuje w formie przelewu na wskazany rachunek bankowy sprzedawcy/dostawcy urządzeń/wykonawcy robót po dostarczeniu przez osobę niepełnosprawną oryginałów:
 - a) faktur VAT albo innego dowodu księgowego, wystawionych na osobę niepełnosprawną przez wykonawców lub dostawców o terminie płatności nie krótszym niż 30 dni od daty wystawienia
 - b) faktury Proforma wraz z dowodem uiszczenia przez Wnioskodawcę udziału własnego, wystawionych na osobę niepełnosprawną przez wykonawców lub dostawców o terminie płatności nie krótszym niż 30 dni od daty wystawienia
 - c) polecenia przelewu na konto wykonawcy robót, przekazu pocztowego lub dowodu wpłaty potwierdzającego uiszczenie udziału własnego w kosztach realizacji zadania,
 - d) podstawy ustalenia kosztu robót, w formie kosztorysu powykonawczego (jeżeli taki był wystawiony przez wykonawcę robót),
 - e) rozliczenia zużycia materiałów wg pozycji kosztorysu w przypadku rozliczenia rachunkami zakupów materiałów.
2. Warunkiem przekazania środków finansowych jest:
 - a) podpisanie przez osobę niepełnosprawną, wykonawcę robót, inspektora nadzoru (jeżeli jego powołanie wynikało z odpowiednich przepisów) i przedstawicieli Działu ds. Osób Niepełnosprawnych Centrum protokołu końcowego odbioru robót, określającego zakres wykonanych robót,
 - b) przedłożenie przez osobę niepełnosprawną do Działu ds. Osób Niepełnosprawnych Centrum dokumentów rozliczeniowych w terminie 14 dni od daty ich wystawienia,
3. Przelew dokonywany jest po dostarczeniu przez osobę niepełnosprawną faktur lub rachunków uproszczonych, wystawionych na wnioskodawcę przez wykonawcę usług lub dostawców towarów - o terminie płatności nie krótszym niż 30 dni od daty ich wystawienia, opatrzonych przez pracownika Działu ds. Osób Niepełnosprawnych Centrum klauzulą "***płatne ze środków PFRON w wysokości ...***".
4. Przekazanie przez Powiat środków Funduszu nastąpi w terminie do 30 dni od dnia złożenia wymaganych dokumentów, bezpośrednio przelewem na wskazany w fakturze VAT rachunek bankowy, a w przypadku zapłaty przez Wnioskodawcę ceny zakupu

- w całości na rachunek bankowy wskazany przez Wnioskodawcę bądź przekazem pocztowym na adres zamieszkania wskazany we wniosku.
5. W razie doręczenia przez osobę niepełnosprawną faktury VAT po upływie terminu jej płatności, naliczone przez wykonawcę odsetki pokrywa osoba niepełnosprawna.
 6. W rozliczeniu nie uwzględnia się kosztów opłat i kar umownych, a także podatków od towarów i usług w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna jest płatnikiem podatku VAT.
 7. Przekazanie środków finansowych nastąpi w terminie 30 dni od dnia złożenia wymaganego kompletu dokumentów, bezpośrednio przelewem na wskazany na fakturze rachunek bankowy z zastrzeżeniem ust. 1, 2 i 3.
 8. Przedłożone dokumenty podlegają weryfikacji przez Centrum pod względem zgodności z wnioskiem, uzgodnionym kosztem i zakresem robót oraz podpisaną umową. Starosta zastrzega sobie prawo przekazania środków finansowych do wysokości zweryfikowanych kwot.
 9. Osoba niepełnosprawna zobowiązana jest do:
 - a) użytkowania pomieszczeń i urządzeń zakupionych zgodnie z przeznaczeniem,
 - b) dokonywania na własny koszt konserwacji i napraw zamontowanych urządzeń i dostosowanych pomieszczeń,
 - c) umożliwienia pracownikom Centrum przeprowadzenia kontroli w okresie 3 lat w zakresie przedmiotu umowy.
 10. W przypadku ujawnienia w trakcie kontroli, o której mowa w ust. 8 lit. c, braku urządzeń i sprzętu, na który przyznano dofinansowanie ze środków Funduszu, osoba niepełnosprawna zobowiązana jest do dokonania zwrotu tych środków wraz z ustawowymi odsetkami licząc od daty otrzymania dofinansowania.

VII. Katalogi rzeczowe urządzeń, materiałów budowlanych, robót i innych czynności:

1. W zależności od rodzaju niepełnosprawności, wymienionego w orzeczeniu i stanowiącego podstawę zaliczenia do określonego stopnia niepełnosprawności oraz indywidualnych potrzeb, wnioskodawcy wybierają urządzenia, materiały budowlane oraz rodzaj robót lub innych czynności, na jakie chcą przeznaczyć środki własne i Funduszu oraz określają przewidywany, całkowity koszt zadania z zakresu likwidacji barier, na podstawie:
 - a) ofert producentów lub dostawców urządzeń,
 - b) indywidualnych kalkulacji producentów,
 - c) kosztorysów inwestorskich opracowanych zgodnie z obowiązującymi przepisami (przy opracowywaniu kosztorysów zaleca się stosowanie informatorów i biuletynów budowlanych np. „Sekocenbud”, a w przypadku braku odpowiednich pozycji, można stosować informatory regionalne).
2. Katalog rzeczowy urządzeń, materiałów budowlanych, robót lub innych czynności, jakie mogą być objęte w ramach dofinansowania **likwidacji barier architektonicznych** w szczególności obejmuje:

2.1. Dla osób niepełnosprawnych ruchowo, z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim oraz osób z dysfunkcją narządu ruchu – potwierdzonych orzeczeniem i aktualnym zaświadczeniem lekarskim:

- a) udokumentowane koszty przeprowadzki do lokalu wymagającego małego przystosowania do potrzeb osoby niepełnosprawnej ruchowo,
- b) budowę pochylni i dojścia do budynku mieszkalnego, zapewniającego osobom niepełnosprawnym samodzielny dostęp do lokalu,
- c) wyrównanie nawierzchni chodnika w pobliżu (do 5 m) wjazdu na pochylnię oraz dojścia do budynku,
- d) zakup, dostawę i montaż:
 - podnośnika,
 - platformy schodowej,
 - transportera schodowego,
 - windy przyściennej,
 - innych urządzeń do transportu pionowego,
- e) zakup, dostawę i montaż poręczy i uchwytów w ciągach komunikacyjnych oraz uchwytów ułatwiających korzystanie z urządzeń higieniczno-sanitarnych,
- f) roboty polegające na:
 - likwidacji progów,
 - likwidacji zróżnicowania poziomu podłogi,
- g) przystosowanie drzwi:
 - zakup i montaż drzwi wejściowych o szerokości w świetle ościeżnicy co najmniej 90 cm, w przypadku nie możliwości wstawienia drzwi o wym. 90 cm dopuszcza się montaż drzwi o wymiarach 80 cm, w przypadku pozostałych drzwi co najmniej 80 cm,
 - zakup i montaż drzwi przesuwanych (dla osób poruszających się na wózku inwalidzkim),
 - zakup i montaż systemu otwierania drzwi, w tym balkonowych uruchamianych przyciskiem (dla osób o niesprawnych rękach),
 - zakup i montaż zabezpieczenia drzwi (do wysokości 40 cm od podłogi) przed uszkodzeniami mechanicznymi i zainstalowanie ościeżnicy stalowej (dla osób wyłącznie poruszających się na wózku inwalidzkim),
 - zakup i montaż okuć do drzwi balkonowych i okien, umożliwiające ich samodzielną obsługę przez osobę poruszającą się na wózku inwalidzkim – gdy montaż okuć ze względu na stan techniczny okien i drzwi balkonowych jest możliwy – w kuchni i jednym pokoju, wybranym przez osobę niepełnosprawną,
 - zakup i wymiana drzwi balkonowych w przypadkach, o których mowa wyżej, gdy montaż okuć nie jest możliwy,
 - zakup i zainstalowanie systemu automatycznego otwierania drzwi do garażu – dla osób niepełnosprawnych posiadających i prowadzących samodzielnie samochód oraz prowadzących działalność gospodarczą lub zatrudnionych na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony,

- h) dostosowanie stolarki okiennej do samodzielnej obsługi przez osobę niepełnosprawną zamieszkującą z inną osobą niepełnosprawną lub samotnie,
- i) wymianę wykładziny podłogowej (w miarę konieczności z podłożem), jeżeli stwarza trudności w poruszaniu się, w szczególności roboty izolacyjne podłóg, wykonanie podkładów i posadzki,
- j) wykonanie przyłączy wodociągowych, kanalizacyjnych od sieci zewnętrznych (istniejącego pionu) do urządzeń sanitarnych oraz instalacji wodociągowej i kanalizacyjnej,
- k) adaptację pomieszczeń na łazienkę i wc, a także przystosowanie już istniejących pomieszczeń higieniczno-sanitarnych do potrzeb osoby niepełnosprawnej:
 - zakup i montaż wanny niskodennej z dnem antypoślizgowym lub kabiny prysznicowej z brodzikiem bezprogowym z dnem ryflowanym (bądź wykonanie brodzika z płytek),
 - zakup i montaż kompaktu wc przystosowanego dla osoby niepełnosprawnej,
 - zakup i montaż umywalki przystosowanej do osoby niepełnosprawnej,
 - zakup i montaż lustra uchylnego dla osoby poruszającej się na wózku inwalidzkim,
 - zakup i montaż bidetu przystosowanego dla osoby niepełnosprawnej,
 - zakup i montaż taboretu prysznicowego, siedziska wannowego, leżaka kąpielowego, wózka lub krzeselka toaletowego,
- l) przystosowanie wyposażenia kuchni do samodzielnej obsługi przez osobę niepełnosprawną w tym:
 - obniżenie i obudowa zlewozmywaka oraz zakup i montaż niskich blatów, umożliwiające dojazd wózkiem inwalidzkim,
 - zakup i montaż ruchomych półek oraz pojemników na specjalnych prowadnicach,
 - zakup i montaż zawiasów umożliwiających otwieranie drzwiczek pod kątem większym niż 90° (do 170°),
 - zakup i montaż zatrząsków magnetycznych,
- m) instalowanie gniazd wtykowych i wyłączników w strefie dostępnej dla osoby siedzącej,
- n) tynkowanie, wykonanie podkładów pod licowanie ścian płytkami, malowanie tynków ścian i sufitów, jeśli jest to związane z adaptacją pomieszczeń albo z przystosowaniem pomieszczeń już istniejących,
- o) 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, samotnie gospodarującej lub zamieszkującej z inną osobą niepełnosprawną,
- p) koszty wykonania robót budowlanych i materiałów budowlanych związanych z robotami wymienionymi w lit od b) do n),
- r) 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, samotnie gospodarującej lub zamieszkującej z inną osobą niepełnosprawną,

2.2. dla osób z dysfunkcją narządu wzroku:

- a) zakup, dostawę i montaż poręczy i uchwytów w ciągach komunikacyjnych oraz uchwytów ułatwiających korzystanie z urządzeń higieniczno-sanitarnych,
 - b) roboty polegające na:
 - likwidacji progów,
 - likwidacji poziomów podłogi,
 - c) wymianę wykładziny podłogowej (w miarę konieczności z podłożem), jeżeli stwarza trudności w poruszaniu się, w szczególności roboty izolacyjne podłóg, wykonanie podkładów i posadzki,
 - d) modernizacja pomieszczeń higieniczno-sanitarnych z przystosowaniem dla osoby niepełnosprawnej, ewentualnie adaptacja pomieszczeń na pomieszczenia higieniczno-sanitarne wraz z wyposażeniem, gdy ze względów technicznych jest to korzystniejsze,
 - e) zakup kuchni mikrofalowej oraz zakup i montaż kuchni elektrycznej w przypadku wyposażenia lokalu w kuchnię węglową lub gazową w lokalu lub budynku mieszkalnym osoby niepełnosprawnej,
 - f) oznakowanie wyposażenia lokalu i ciągów komunikacyjnych różnym kolorem lub fakturą,
 - g) wykonanie dodatkowego oświetlenia w pomieszczeniu lub zmiana sposobu oświetlenia dla wnioskodawców z orzeczoną umiarkowaną i znaczną stopniem niepełnosprawności,
 - h) montaż zabezpieczenia wypełnienia skrzydła drzwi przed stłuczeniem lub wymiana skrzydła drzwi,
 - i) trwałe oznakowanie narożników budynku,
 - j) wprowadzenie oznakowania kolorystycznego, fakturowego elementów pionowych i poziomych małej architektury oraz ograniczenia krawężnikami lub opaskami o odmiennej fakturowo lub kolorystycznie nawierzchni,
 - k) budowę pochylni i dojścia do budynku mieszkalnego, zapewniającego osobom niepełnosprawnym samodzielny dostęp do lokalu,
 - l) budowa 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 zamieszkałej samotnie lub z inną osobą niepełnosprawną mającą trudności w poruszaniu się,
 - m) koszty wykonania robót budowlanych i materiałów budowlanych związanych z robotami wymienionymi w lit od a) do l),
3. W szczególnie uzasadnionych przypadkach dofinansowaniem likwidacji barier architektonicznych ze środków Funduszu mogą być objęte zakupy urządzeń wraz z montażem, materiałów budowlanych, robót lub innych czynności nie wymienione w ust. 2.

4. Jeżeli Wnioskodawca nie określił we wniosku zakresu likwidacji barier - zakres ten w zależności od rodzaju i stopnia samodzielności osoby niepełnosprawnej ustalonego w porozumieniu z tą osobą, określa Centrum.
5. Katalog rzeczowy urządzeń, materiałów budowlanych, robót lub innych czynności, jakie mogą być objęte w ramach dofinansowania **likwidacji barier w komunikowaniu się** w szczególności obejmuje:

5.1. dla osób niepełnosprawnych ruchowo, z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim oraz osób z dysfunkcją narządu ruchu – potwierdzonych orzeczeniem i aktualnym zaświadczeniem lekarskim:

- a) zakup i montaż aparatu telefonicznego bezprzewodowego,
- b) zakup faxu,
- c) zakup sprzętu komputerowego i oprzyrządowania komputerowego (skorelowane z konkretną niepełnosprawnością) dla dorosłych osób niepełnosprawnych z co najmniej z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności w wieku aktywności zawodowej, zarejestrowanych jako bezrobotne lub poszukujące pracy (okres zarejestrowania minimum 6 miesięcy) oraz dla młodzieży i dzieci. Dofinansowanie takiego sprzętu musi być ściśle związane z indywidualnymi potrzebami osoby niepełnosprawnej, co zostało potwierdzone m. in. opinią ze specjalistycznych ośrodków diagnostycznych, poradni specjalistycznych oraz innymi opiniami uzasadniającymi potrzebę korzystania z wnioskowanego sprzętu lub zaświadczenie lekarskim właściwego lekarza specjalisty.

5.2. dla osób z dysfunkcją narządu wzroku:

- a) zakup i montaż aparatów telefonicznych (z klawiaturą brajlowską),
- b) zakup maszyny do pisania pismem Braille'a,
- c) zakup materiałów optycznych i elektrooptycznych (lupy elektroniczne, okulary, monookulary, okulary video dom, powiększalniki telewizyjne, lupy monitorowe, ds.),
- d) zakup radia CB, krótkofalówki, magnetofonu, radiomagnetofonu, dyktafonu,
- e) zakup urządzeń mechanicznych, elektrycznych lub elektronicznych, które posiadają interfejs dźwiękowy, brajlowski lub powiększone znaki,
- f) zakup programu do skanera rozpoznającego pismo Braille'a,
- g) zakup urządzeń i materiałów do sporządzania napisów brajlowskich,
- h) urządzenia czytające,
- i) synteza mowy dla osób niewidomych,
- j) notatniki i organizatory dla osób niewidomych.

5.3. dla osób z dysfunkcją narządu słuchu i/lub mowy:

- a) zakup i montaż specjalistycznej sygnalizacji świetlnej,
- b) wyposażenie dzwonka do drzwi w sygnalizację świetlną,
- c) wyposażenie aparatu telefonicznego w sygnalizację świetlną,
- d) sygnalizatory optyczne do aparatów telefonicznych, tekstofonów, telefaksów, wideofonów,
- e) inne sygnalizatory optyczne zastępujące dźwięk,
- f) zakup budzików świetlnych i wibracyjnych,
- g) zakup i montaż faksu, telefaksu, tekstofonu, wideofonu lub pagera,

- h) zakup i montaż wzmacniacza do aparatu telefonicznego,
- i) zakup laryngofonu,
- j) zakup przenośnych indywidualnych wzmacniaczy dźwięku, słuchawek, mini pętli induktofonicznych,
- a) zakup indywidualnych urządzeń akustycznych przybliżających dźwięki (działających na FM lub podczerwień), dofinansowanie wynosi 95% ale nie więcej niż 2 000 zł.
- k) zakup urządzeń wspomagających odbiór dźwięku z telewizora (przewodowych i bezprzewodowych),
- l) zakup aparatów słuchowych (w tym generatorów szumu),
- m) 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,
- n) zakup i montaż systemu video domofonowego,
- o) zakup i montaż aparatów telefonicznych z cewką indukcyjną w słuchawce i wzmacniaczem,
- p) zakup komunikatorów dla osób nie mówiących,
- q) zakup sprzętu komputerowego oraz oprzyrządowania komputerowego (skorelowane z konkretną niepełnosprawnością) dla dorosłych osób niepełnosprawnych z co najmniej umiarkowanym stopniem niepełnosprawności w wieku aktywności zawodowej, zarejestrowanych jako bezrobotne lub poszukujące pracy (okres zarejestrowania minimum 6 miesięcy) oraz dla młodzieży i dzieci. Dofinansowanie takiego sprzętu musi być ściśle związane z indywidualnymi potrzebami osoby niepełnosprawnej, potwierdzonymi przez lekarza specjalistę.

5.4. Centrum przewiduje również dofinansowanie do likwidacji barier w

Komunikowaniu się dla osób z upośledzeniem intelektualnym oraz dla osób z całościowym zaburzeniem rozwojowym.

Dofinansowanie do w/w zadania musi być ściśle związane z indywidualnymi potrzebami osoby niepełnosprawnej, co musi być potwierdzone opinią ze specjalistycznych ośrodków diagnostycznych, poradni specjalistycznych oraz innymi opiniami uzasadniającymi potrzebę korzystania z wnioskowanego sprzętu lub zaświadczeniem lekarskim właściwego lekarza specjalisty. Osoby niepełnosprawne w wieku aktywności zawodowej tj. pracujące, zarejestrowane jako bezrobotne lub poszukujące pracy oraz dzieci i młodzież muszą szczegółowo uzasadnić w jaki sposób dany sprzęt umożliwi im pracę zawodową i naukę.

- 6. W szczególnie uzasadnionych przypadkach dofinansowaniem likwidacji barier w komunikowaniu się ze środków Funduszu mogą być objęte zakupy urządzeń wraz z montażem lub innych czynności nie wymienione w pkt 4.
- 7. Katalog rzeczowy urządzeń, materiałów budowlanych, robót lub innych czynności, jakie mogą być objęte w ramach dofinansowania **likwidacji barier technicznych** w szczególności obejmuje:

7.1. Dla osób niepełnosprawnych ruchowo, z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim oraz osób z dysfunkcją narządu ruchu – potwierdzonych orzeczeniem i aktualnym zaświadczeniem lekarskim:

- a) krzesło prysznicowe,
- b) taboret prysznicowy,
- c) siedzisko wannowe,
- d) leżak kąpielowy,
- e) krzesło toaletowe,
- f) podnośnik wannowy,
- g) nadstawka sedesowa,
- h) podnośnik,
- i) wykonanie 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 zamieszkującej samotnie ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub z drugą osobą niepełnosprawną ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności.

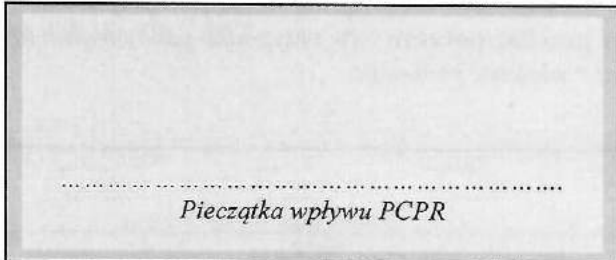
7.2. Dla osób z dysfunkcją narządu wzroku:

- b) aparat lub urządzenie do wykrywania przeszkód,
 - c) czasomierz (brajlowski, mówiący, z wyświetlaczem lub dużymi cyframi),
 - d) termometr (brajlowski, mówiący lub o podwyższonym polu odczytu),
 - e) pralka automatyczna z interfejsem dźwiękowym lub brajlowskim (dla osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności zamieszkałych samotnie lub z inną osobą niepełnosprawną o znacznym stopniu niepełnosprawności z tytułu narządu wzroku), dofinansowanie wynosi 95% ale nie więcej niż 600 zł
 - f) wykonanie 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 zamieszkującej samotnie ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub z drugą osobą niepełnosprawną ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności,
 - g) mała lodówka z interfejsem dźwiękowym lub brajlowskim (dla osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności zamieszkałych samotnie lub z inną osobą niepełnosprawną o znacznym stopniu niepełnosprawności z tytułu narządu wzroku), dofinansowanie wynosi 95% ale nie więcej niż 600 zł.
 - h) zakup kuchni mikrofalowej oraz zakup i montaż kuchni elektrycznej w przypadku wyposażenia lokalu w kuchnię węglową lub gazową w lokalu lub budynku mieszkalnym osoby niepełnosprawnej, ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności dofinansowanie wynosi 95% ale nie więcej niż 400 zł.
8. W szczególnie uzasadnionych przypadkach dofinansowaniem likwidacji barier technicznych ze środków Funduszu mogą być objęte zakupy urządzeń wraz z montażem lub innych czynności nie wymienione w pkt 6.

01.10.2024

VIII. Postanowienia końcowe:

1. Starosta sprawuje nadzór nad wykorzystaniem środków Funduszu przekazywanych na dofinansowanie likwidacji barier, w szczególności barier architektonicznych, architektonicznych.
2. Na wniosek Starosty, Centrum udziela informacji dotyczących sposobu i stopnia wykorzystania środków Funduszu.
3. Centrum zapewnia kontrolę nad prawidłowością wydatkowania środków.
4. Pozostałe warunki i wymogi nie zawarte w niniejszych zasadach określa:
 - a) ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 426 z późn. zm.),
 - b) rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatów, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (t. j. Dz. U. z 2015 r. poz. 926 z późn. zm.).



WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
likwidacji barier: technicznych, w komunikowaniu się.

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

ORZECZENIE: czasowe do dnia, na stałe

I. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY (osoba niepełnosprawna)

Imię.....Nazwisko..... Data urodzeniar.

PESEL

Adres zamieszkania: ul.nr domum.

kod pocztowy..... MiejscowośćGmina.....

Powiat..... tel..... e-mail.....

Adres korespondencyjny (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania):
.....

II. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/ OPIEKUNA PRAWNEGO /PEŁNOMOCNIKA
(wypełnić, jeśli wniosek dotyczy osoby niepełnoletniej, ubezwłasnowolnionej itp.)

Imię.....Nazwisko..... Data urodzeniar.

PESEL

Adres zamieszkania (wypełnić jeżeli jest inny niż u Wnioskodawcy):
.....

Opiekun prawny ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia.....syg. akt

Pełnomocnik na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dnia.....Repet. Nr.....

A

III. Nazwa banku i numer konta bankowego Wnioskodawcy/ przekaz pocztowy (w przypadku osoby małoletniej - opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego/pełnomocnika) * właściwe podkreślić

Numer rachunku bankowego	
Nazwa banku	

IV. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik

(wstaw X we właściwej rubryce)

1. znaczny	
• Inwalidzi I grupy	
• Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
• Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
• Osoby w wieku do 16 lat (przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat), posiadające orzeczenie lub którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
2. umiarkowany	
• Inwalidzi II grupy	
• Osoby całkowicie niezdolne do pracy	
3. lekki	
• Inwalidzi III grupy	
• Osoby częściowo niezdolne do pracy	
• Osoby stale albo częściowo niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

V. Rodzaj niepełnosprawności

(wstaw X we właściwej rubryce)

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządu słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. choroby psychiczne	
7. inny/ jaki ?	

VI. Wniosek składam na powyższe zadanie:*(wstaw X we właściwej rubryce)*

1. po raz pierwszy	
2. po raz drugi i kolejny i nie otrzymał dofinansowania	
3. po raz drugi i kolejny i otrzymał dofinansowanie	

VII. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych*(wstaw X we właściwej rubryce)*

	TAK korzystano			NIE korzystano	Sprawdzenie zgodności danych <i>(wypełnia pracownik PCPR)</i>
	rok	Nr umowy	kwota		
na likwidację barier architektonicznych					
na likwidację barier technicznych					
na likwidację barier w komunikowaniu					
na uczestnictwo w turnusie rehabilitacyjnym					
na zakup przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych					
na zakup sprzętu rehabilitacyjnego					
na usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika					
Z programu Aktywny samorząd					
					..... podpis i pieczęć pracownika PCPR

VIII. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i stan rozliczenia*(wstaw X we właściwej rubryce)*

1. korzystałam/em i rozliczyłam/em się	
2. korzystałam/em i jestem w trakcie rozliczenia	
3. korzystałam/em i nie rozliczyłam/em się	
4. nie korzystałam/em	

XI. Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje

(wstaw X we właściwej rubryce)

1. samotnie	
2. wspólnie	
3. z osobami niepełnosprawnymi	

X. Sytuacja zawodowa

(wstaw X we właściwej rubryce)

1. zatrudniony* / prowadzący działalność gospodarczą*	
2. młodzież od 16 do 24 lat, 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 16 lat	

XI. Przedmiot/Cel dofinansowania

(proszę opisać zadanie na jaki przeznaczone zostanie dofinansowania oraz wskazać jakie bariery mają zostać zlikwidowane)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Krótkie uzasadnienie wniosku

(należy wykazać, że realizacja zadania umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem oraz, że jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

#

Miejsce realizacji zadania (adres zamieszkania)	
Przewidywany koszt realizacji zadania	
Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania	
Udokumentowana informacja o innych źródłach zadania	
Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków Funduszu	
Informacja o nakładach dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek	

XII. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z wnioskodawcą
(w tym osoby niepełnosprawne)

Lp.	Nazwisko i imię	wiek	pokrewieństwo	niepełnosprawność		Dochód za kwartał (netto)**
				stopień	rodzaj	
1.	..... wnioskodawca		Nie dotyczy			
2.	UWAGA! Nie należy wpisywać imion i nazwisk osób z którymi prowadzi się wspólne gospodarstwo domowe. Należy podać wyłącznie stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą i ich dochód miesięczny.					
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
RAZEM:						

**** Dochód za kwartał:** Należy podać sumę dochodów osiągniętych za kwartał poprzedzającym miesiąc składania wniosku. Dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych po odliczeniu alimentów świadczonych na rzecz innych osób.

OŚWIADCZENIE:

Oświadczam, że:

- ❖ Informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- ❖ Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1444, z późn. zm.) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.
- ❖ **Przeciętny miesięczny dochód (netto) rodziny** w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku **podzielony przez liczbę..... osób we wspólnym gospodarstwie domowym**, wyniósł zł.
- ❖ Posiadam środki finansowe na wkład własny w wysokości wymaganej zasadami zadania. **Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że maksymalna wysokość dofinansowania ze środków PFRON wynosi do 95 % kosztów uznanych przez PCPR,**
- ❖ *(Dotyczy likwidacji barier w komunikowaniu się)* Posiadam dostęp do Internetu w miejscu zamieszkania zgodnie z umową Nr z dniaważną do.....
- ❖ *(Dotyczy likwidacji barier w komunikowaniu się)* Oświadczam, iż nie posiadam dostępu do Internetu oraz zobowiązuje się po otrzymaniu dofinansowania o dostarczenie dokumentu potwierdzającego korzystanie z usługi telekomunikacyjnej.
- ❖ Nie ubiegam się i nie będę się ubiegał/a w roku bieżącym odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowy ze środków PFRON – za pośrednictwem innego realizatora na terenie innego samorządu powiatowego.

.....
data i czytelny podpis wnioskodawcy /przedstawiciela
ustawowego/opiekuna prawnego /pełnomocnika

** Właściwe podkreśl*

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:

1. kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, w przypadku dzieci do lat 16 - orzeczenie o niepełnosprawności, w przypadku orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym - kopia decyzji o przyznaniu zasiłku pielęgnacyjnego,
2. kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – dotyczy opiekuna prawnego,
3. dokumenty potwierdzające finansowanie zadania z innych źródeł – w przypadku, gdy takie występują,
4. proforma faktury wnioskowanego sprzętu, urządzenia, wykonania usługi itp.

Oraz do wglądu :

- oryginały wymaganych dokumentów
- dowód osobisty wnioskodawcy/ opiekuna ustawowego

KLAUZULA INFORMACYJNA
dla osób ubiegających się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

W celu realizacji obowiązku wynikającego z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwane dalej RODO) prosimy o zapoznanie się z poniższymi informacjami

Administrator danych osobowych

Administratorem Pana/i danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie, ul. Legionów 78,05-200 Wołomin zwany dalej Administratorem.

Inspektor Ochrony Danych

Administrator Danych Osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych. We wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych, należy skontaktować się poprzez adres email: sekretariat@pcprwolomin.pl, pisemnie na adres siedziby Administratora Danych Osobowych.

Cele i podstawa prawna przetwarzania danych

Przetwarzanie Pana/i danych osobowych odbywa się

- a) Na podstawie z art. 6 ust.1 lit. a tj. udzielonej przez Pana/i zgody na udział w postępowaniu w sprawie ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
- b) Na podstawie z art. 6 ust.1 lit. c - wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa tj.:
 - Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 13 lutego 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U z 2020 poz. 426)
 - Obwieszczenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 czerwca 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U z 2015 poz. 926)

Odbiorcy danych osobowych

Pani/a dane osobowe mogą być przekazywane następującym kategoriom odbiorców:

- a) Właściwym organom, sądom oraz instytucjom państwowym i samorządowym lub innym instytucjom wykonującym powierzone zadania publiczne, jeżeli obowiązek ujawnienia/przekazania danych wynika z obowiązujących przepisów prawa lub jest to niezbędne celem dochodzenia praw lub roszczeń Administratora Danych Osobowych

Przekazywanie danych poza Europejski Obszar Gospodarczy (EOG):

Administrator Danych Osobowych nie przekazuje Pana/Pani danych do państw trzecich tj. poza terytorium EOG (obejmujący Unie Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).

Okres przechowywania danych

Dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany przepisami prawa, lub do czasu odwołania zgody.

Prawa osoby, której dane dotyczą

Przysługuje Panu/i prawo żądania od Administratora danych osobowych dostępu do swoich danych osobowych, prawo do sprostowania (poprawienia), usunięcia danych jednakże z ograniczeniem tego prawa w myśl art. 17 RODO, ograniczenia przetwarzania danych (wstrzymania operacji na danych lub nieusuwania danych w zależności od złożonego wniosku), prawo do przenoszenia danych osobowych, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania państwa danych na potrzeby marketingu bezpośredniego. W celu skorzystania z powyższych praw, należy skontaktować się poprzez kanały komunikacji wskazane w pkt. Administrator danych osobowych

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Może Pan/i również wnieść skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, w przypadku niezgodnego z przepisami prawa przetwarzania danych osobowych.

Zgoda

W przypadku, gdy wykorzystywane przez nas Państwa dane nie są konieczne do realizacji obowiązku prawnego lub nie stanowi Naszego prawnie uzasadnionego interesu przysługuje Panu/i prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie, w zakresie w jakim Pana/i dane osobowe są przetwarzane na podstawie udzielonej zgody na przetwarzanie danych osobowych. Wycofanie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie Pana/i zgody przed jej wycofaniem.

Czy podanie danych jest obowiązkowe?

Przetwarzanie pozyskanych od Pana/i danych opiera się na zasadzie dobrowolności, jednakże odmowa podania danych uniemożliwi Panu/i dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Zautomatyzowane podejmowanie decyzji

Pana/i dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Oświadczam, że otrzymałem/am Klauzulę informacyjną od Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie dla osób ubiegających się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i zapoznałem/am się z jej treścią.

.....
(miejsowość i data)

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela
ustawowego/opiekuna prawnego/pełnomocnika)

**Skala punktowa rozpatrywania wniosków
o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się oraz ze likwidacji barier technicznych ze
środków PFRON**

		Liczba punktów	Przyznane punkty
Wniosek składany jest na dany cel			
1.	po raz pierwszy	8	
2.	po raz drugi i kolejny i nie otrzymywał dofinansowania	8	
3.	po raz drugi i kolejny i otrzymywał dofinansowanie	0	
Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik			
1.	Orzeczenie o niepełnosprawności (dzieci do 16 lat)	8	
2.	znaczny	8	
3.	umiarkowany	4	
4.	lekki	1	
Ilość symboli niepełnosprawności			
1.	Jeden symbol niepełnosprawności	1	
2.	Dwa symbole niepełnosprawności	2	
3.	Trzy symbole niepełnosprawności	3	
Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje			
1.	samotnie	8	
2.	wspólnie	4	
3.	z osobami niepełnosprawnymi	6	
Średni dochód miesięczny w rodzinie			
1.	do 700,00 zł	8	
2.	od 701,00 - do 1.400,00 zł	6	
3.	od 1401,00 do 2100,00 zł	4	
4.	powyżej 2100,00 zł	2	
Średni dochód miesięczny dla osoby samotnej			
1.	do 1100,00 zł	8	
2.	od 1101,00 do 1800,00 zł	6	
3.	od 1801,00 do 2500,00 zł	4	
4.	powyżej 2500,00 zł	2	
Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych			
1.	nie korzystał	8	
2.	korzystał ze środków Funduszu na inne zadania, niż będące przedmiotem wniosku	4	
3.	korzystał na to samo zadanie	0	
LICZBA UZYSKANYCH PUNKTÓW			

Ocena wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON

Data weryfikacji formalnej wniosku:	...../ 20..... r.
Weryfikacja formalna wniosku:	<input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Uzupełniono w dniu:/ 20..... r.	

*pieczętka imienna pracownika PCPR dokonującego
weryfikacji formalnej wniosku*

data, podpis:



WYPEŁNIA POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE

OCENA WNIOSKU O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

<i>OCENA FORMALNA I MERYTORYCZNA WNIOSKU</i>			
	Liczba punktów ogółem	Proponowana kwota dofinansowania (w złotych)	Decyzja o przyznaniu dofinansowania
			pozytywna: <input type="checkbox"/> negatywna: <input type="checkbox"/>
..... Pieczętka imienna, data, podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku	.....	.....	..... Pieczętka imienna, data, podpis osoby upoważnionej do podejmowania decyzji

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

.....

.....20..... r.
data

.....
podpisy osób podejmujących decyzję

Do wniosku załączono wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania (dotyczy wniosków, których realizacja wymaga podpisania umowy)

pieczętki imienne pracowników PCPR przygotowujących umowę

data, podpis:

pieczętka imienna Dyrektora PCPR

data, podpis:

WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW - BARIERY W KOMUNIKOWANIU SIĘ I TECHNICZNE

(Załączniki wymagane do wniosku- wypełnia PCPR)

Nr sprawy.....

Lp.	Nazwa załącznika	Załączniki złożone w dniu przyjęcia wniosku TAK/NIE	Data uzupełnienia
1.	kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, w przypadku dzieci do lat 16 – orzeczenie o niepełnosprawności,		
2.	kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – dotyczy opiekuna prawnego,		
3.	oświadczenie o dochodach wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z wnioskodawcą z ostatnich trzech miesięcy, poprzedzających miesiąc, w którym składany jest wniosek,		
4.	oświadczenie o posiadaniu środków na wkład własny – w przypadku, gdy taki występuje,		
5.	oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych,		
6.	dokumenty potwierdzające finansowanie zadania z innych źródeł – w przypadku, gdy takie występują,		
7.	proforma faktury lub kosztorys wnioskowanego sprzętu, urządzenia, wykonania usługi itp.		
8.	sprawdzenie poprawnie obliczonego dochodu		

*pieczętka imienna pracownika PCPR przyjmującego
wniosek*

data, podpis:

Pieczętka wpływu PCPR

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
likwidacji barier: architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.

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

ORZECZENIE: czasowe do dnia, na stałe

I. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY (osoba niepełnosprawna)

Imię.....Nazwisko..... Data urodzeniar.

PESEL

Adres zamieszkania: ul.nr domum.

kod pocztowy..... MiejscowośćGmina.....

Powiat..... tel..... e-mail.....

Adres korespondencyjny (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania):
.....

II. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/ OPIEKUNA PRAWNEGO /PEŁNOMOCNIKA
(wypełnić, jeśli wniosek dotyczy osoby niepełnoletniej, ubezwłasnowolnionej itp.)

Imię.....Nazwisko..... Data urodzeniar.

PESEL

Adres zamieszkania (wypełnić jeżeli jest inny niż u Wnioskodawcy):
.....

Opiekun prawny ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia.....syg. akt

Pełnomocnik na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dnia.....Repet. Nr.....

A



III. Nazwa banku i numer konta bankowego Wnioskodawcy/ przekaz pocztowy (w przypadku osoby małoletniej - opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego/pełnomocnika) * właściwe podkreślić

Numer rachunku bankowego	
Nazwa banku	

IV. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik

(wstaw X we właściwej rubryce)

1. znaczny	
• Inwalidzi I grupy	
• Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
• Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
• Osoby w wieku do 16 lat (przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat), posiadające orzeczenie lub którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
2. umiarkowany	
• Inwalidzi II grupy	
• Osoby całkowicie niezdolne do pracy	
3. lekki	
• Inwalidzi III grupy	
• Osoby częściowo niezdolne do pracy	
• Osoby stale albo częściowo niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

V. Rodzaj niepełnosprawności

(wstaw X we właściwej rubryce)

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządu słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. choroby psychiczne	
7. inny/ jaki ?	

VI. Wniosek składam na powyższe zadanie:

(wstaw X we właściwej rubryce)

1. po raz pierwszy	
2. po raz drugi i kolejny i nie otrzymywał dofinansowania	
3. po raz drugi i kolejny i otrzymywał dofinansowanie	

VII. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

(wstaw X we właściwej rubryce)

	TAK korzystano			NIE korzystano	Sprawdzenie zgodności danych (wypełnia pracownik PCPR)
	rok	Nr umowy	kwota		
na likwidację barier architektonicznych					
na likwidację barier technicznych					
na likwidację barier w komunikowaniu					
na uczestnictwo w turnusie rehabilitacyjnym					
na zakup przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych					
na zakup sprzętu rehabilitacyjnego					
na usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika					
z programu Aktywny Samorząd					
					..... podpis i pieczęć pracownika PCPR

VIII. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i stan rozliczenia

(wstaw X we właściwej rubryce)

1. korzystałam/em i rozliczyłam/em się	
2. korzystałam/em i jestem w trakcie rozliczenia	
3. korzystałam/em i nie rozliczyłam/em się	
4. nie korzystałam/em	

IX. Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje

(wstaw X we właściwej rubryce)

1. samotnie	
2. wspólnie	
3. z osobami niepełnosprawnymi	

A

[Signature]

X. Sytuacja zawodowa

(wstaw X we właściwej rubryce)

1. zatrudniony* / prowadzący działalność gospodarczą*	
2. młodzież od 16 do 24 lat, 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 16 lat	

XI. Sytuacja mieszkaniowa – Opis budynku i mieszkania

- dom jednorodzinny*, wielorodzinny komunalny*, wielorodzinny prywatny* wielorodzinny spółdzielczy*/własnościowy, inne*
- budynek parterowy*, piętrowy*, mieszkanie na (podać kondygnacje) o powierzchnim²
- przybliżony wiek budynku lub rok budowy.....
- opis mieszkania: pokoje (podać liczbę), z kuchnią*, bez kuchni*, z łazienką*, bez łazienki*, z wc*, bez wc*,
- łazienka jest wyposażona w: wannę*, brodzik*, kabinę prysznicową*, umywalkę*,
- w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej*, ciepłej*, kanalizacja*, centralne ogrzewanie*, prąd*, gaz*
- inne informacje o warunkach mieszkaniowych.....

* niepotrzebne skreślić

XII. Przedmiot/Cel dofinansowania

(proszę opisać zadanie na jaki przeznaczone zostanie dofinansowania oraz wskazać jakie bariery mają zostać zlikwidowane)

.....

.....

.....

.....

.....

Krótkie uzasadnienie wniosku

(należy wykazać, że realizacja zadania umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem oraz, że jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności)

.....

.....

.....

.....

Miejsce realizacji zadania (adres zamieszkania)	
Przewidywany koszt realizacji zadania	
Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania	
Udokumentowana informacja o innych źródłach zadania	
Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków Funduszu	
Informacja o nakładach dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek	

XIII. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z wnioskodawcą
 (w tym osoby niepełnosprawne)

Lp.	Nazwisko i imię	wiek	pokrewieństwo	niepełnosprawność		Dochód za kwartał (netto)**
				stopień	rodzaj	
1.	..... wnioskodawca		Nie dotyczy			
2.	UWAGA! Nie należy wpisywać imion i nazwisk osób z którymi prowadzi się wspólne gospodarstwo domowe. Należy podać wyłącznie stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą i ich dochód miesięczny.					
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
RAZEM:						

** **Dochód za kwartał:** Należy podać sumę dochodów osiągniętych za kwartał poprzedzającym miesiąc składania wniosku. Dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych po odliczeniu alimentów świadczonych na rzecz innych osób.



OŚWIADCZENIE:

Oświadczam, że:

- ❖ Informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- ❖ Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1444, z późn. zm.) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.
- ❖ **Przeciętny miesięczny dochód (netto) rodziny** w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku **podzielony przez liczbę..... osób we wspólnym gospodarstwie domowym, wyniósł** zł.
- ❖ Posiadam środki finansowe na wkład własny w wysokości wymaganej zasadami zadania. **Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że maksymalna wysokość dofinansowania ze środków PFRON wynosi do 95 % kosztów uznanych przez PCPR,**
- ❖ Nie ubiegam się i nie będę się ubiegał/a w roku bieżącym odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowy ze środków PFRON – za pośrednictwem innego realizatora na terenie innego samorządu powiatowego.

.....
data i czytelny podpis wnioskodawcy /przedstawiciela
ustawowego/opiekuna prawnego /pełnomocnika

** Właściwe podkreśl*

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

1. kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, w przypadku dzieci do lat 16 – orzeczenie o niepełnosprawności, w przypadku orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym - kopia decyzji o przyznaniu zasiłku pielęgnacyjnego,
2. kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – dotyczy opiekuna prawnego,
3. dokumentowana podstawa prawna do lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych
w przypadku, gdy wnioskodawca jest właścicielem lub użytkownikiem wieczystym lokalu (własność, umowa najmu) albo udokumentowana zgoda właściciela przedmiotowego lokalu lub budynku mieszkalnego, w którym wnioskodawca stale zamieszkuje,
4. dokumenty potwierdzające finansowanie zadania z innych źródeł – w przypadku, gdy takie występują,
5. wstępny projekt i kosztorys planowanych prac i zakupu potrzebnych materiałów.

Oraz do wglądu :

- oryginały wymaganych dokumentów
- dowód osobisty wnioskodawcy/ opiekuna ustawowego

KLAUZULA INFORMACYJNA
dla osób ubiegających się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

W celu realizacji obowiązku wynikającego z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwane dalej RODO) prosimy o zapoznanie się z poniższymi informacjami

Administrator danych osobowych

Administratorem Pana/i danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie, ul. Legionów 78,05-200 Wołomin zwany dalej Administratorem.

Inspektor Ochrony Danych

Administrator Danych Osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych. We wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych, należy skontaktować się poprzez adres email: sekretariat@pcprwołomin.pl, pisemnie na adres siedziby Administratora Danych Osobowych.

Cele i podstawa prawna przetwarzania danych

Przetwarzanie Pana/i danych osobowych odbywa się

- a) Na podstawie z art. 6 ust.1 lit. a tj. udzielonej przez Pana/i zgody na udział w postępowaniu w sprawie ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
- b) Na podstawie z art. 6 ust.1 lit. c - wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa tj.:
 - Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 13 lutego 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U z 2020 poz. 426)
 - Obwieszczenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 czerwca 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U z 2015 poz. 926)

Odbiorcy danych osobowych

Pani/a dane osobowe mogą być przekazywane następującym kategoriom odbiorców:

- a) Właściwym organom, sądom oraz instytucjom państwowym i samorządowym lub innym instytucjom wykonującym powierzone zadania publiczne, jeżeli obowiązek ujawnienia/przekazania danych wynika z obowiązujących przepisów prawa lub jest to niezbędne celem dochodzenia praw lub roszczeń Administratora Danych Osobowych

Przekazywanie danych poza Europejski Obszar Gospodarczy (EOG):

Administrator Danych Osobowych nie przekazuje Pana/Pani danych do państw trzecich tj. poza terytorium EOG (obejmujący Unie Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).

Okres przechowywania danych

Dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany przepisami prawa, lub do czasu odwołania zgody.

Prawa osoby, której dane dotyczą

Przysługuje Panu/i prawo żądania od Administratora danych osobowych dostępu do swoich danych osobowych, prawo do sprostowania (poprawienia), usunięcia danych jednakże z ograniczeniem tego prawa w myśl art. 17 RODO, ograniczenia przetwarzania danych (wstrzymania operacji na danych lub nieusuwania danych w zależności od złożonego wniosku), prawo do przenoszenia danych osobowych, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania państwa danych na potrzeby marketingu bezpośredniego. W celu skorzystania z powyższych praw, należy skontaktować się poprzez kanały komunikacji wskazane w pkt. Administrator danych osobowych

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Może Pan/i również wnieść skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, w przypadku niezgodnego z przepisami prawa przetwarzania danych osobowych.

f

Zgoda

W przypadku, gdy wykorzystywane przez nas Państwa dane nie są konieczne do realizacji obowiązku prawnego lub nie stanowi Naszego prawnie uzasadnionego interesu przysługuje Panu/i prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie, w zakresie w jakim Pana/i dane osobowe są przetwarzane na podstawie udzielonej zgody na przetwarzanie danych osobowych. Wycofanie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie Pana/i zgody przed jej wycofaniem.

Czy podanie danych jest obowiązkowe?

Przetwarzanie pozyskanych od Pana/i danych opiera się na zasadzie dobrowolności, jednakże odmowa podania danych uniemożliwi Panu/i dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Zautomatyzowane podejmowanie decyzji

Pana/i dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Oświadczam, że otrzymałem/am Klauzulę informacyjną od Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie dla osób ubiegających się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i zapoznałem/am się z jej treścią.

.....
(miejsowość i data)

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela
ustawowego/opiekuna prawnego/pełnomocnika)



**Skala punktowa rozpatrywania wniosków
o dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania,
ze środków PFRON**

		Liczba punktów	Przyznane punkty
Wniosek składany jest na dany cel			
1.	po raz pierwszy	8	
2.	po raz drugi i kolejny i nie otrzymywał dofinansowania	8	
3.	po raz drugi i kolejny i otrzymywał dofinansowanie	0	
Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik			
1.	Orzeczenie o niepełnosprawności (dzieci do 16 lat)	8	
2.	znaczny	8	
3.	umiarkowany	4	
4.	lekki	1	
Ilość symboli niepełnosprawności			
1.	Jeden symbol niepełnosprawności	1	
2.	Dwa symbole niepełnosprawności	2	
3.	Trzy symbole niepełnosprawności	3	
Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje			
1.	samotnie	8	
2.	wspólnie	4	
3.	z osobami niepełnosprawnymi	6	
Średni dochód miesięczny w rodzinie			
1.	do 700,00 zł	8	
2.	od 701,00 - do 1.400,00 zł	6	
3.	od 1401,00 do 2100,00 zł	4	
4.	powyżej 2100,00 zł	2	
Średni dochód miesięczny dla osoby samotnej			
1.	do 1100,00 zł	8	
2.	od 1101,00 do 1800,00 zł	6	
3.	od 1801,00 do 2500,00 zł	4	
4.	powyżej 2500,00 zł	2	
Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych			
1.	nie korzystał	8	
2.	korzystał ze środków Funduszu na inne zadania, niż będące przedmiotem wniosku	4	
3.	korzystał na to samo zadanie	0	
LICZBA UZYSKANYCH PUNKTÓW			

Ocena wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON

Data weryfikacji formalnej wniosku:		...../ 20..... r.
Weryfikacja formalna wniosku:	<input type="checkbox"/> pozytywna	<input type="checkbox"/> negatywna
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Uzupełniony w dniu:/ 20..... r.		

*pieczętka imienna pracownika PCPR dokonującego
weryfikacji formalnej wniosku*

data, podpis:

A

[Signature]

WYPEŁNIA POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE
OCENA WNIOSKU O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

OCENA FORMALNA I MERYTORYCZNA WNIOSKU			
	Liczba punktów ogółem	Proponowana kwota dofinansowania (w złotych)	Decyzja o przyznaniu dofinansowania
..... Pieczętka imienna, data, podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku Pieczętka imienna, data, podpis osoby upoważnionej do podejmowania decyzji

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

.....20..... r.

data

.....

podpisy osób podejmujących decyzję

Do wniosku załączono wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania (dotyczy wniosków, których realizacja wymaga podpisania umowy)

*pieczętki imienne pracowników PCPR
przygotowujących umowę*

data, podpis:

pieczętka imienna Dyrektora PCPR

data, podpis:

WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW - BARIERY ARCHITEKTONICZNE

(Załączniki wymagane do wniosku- wypełnia PCPR)

Nr sprawy.....

Lp.	Nazwa załącznika	Załączniki złożone w dniu przyjęcia wniosku TAK/NIE	Data uzupełnienia
1.	kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, w przypadku dzieci do lat 16 – orzeczenie o niepełnosprawności,		
2.	udokumentowana podstawa prawna do lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych w przypadku, gdy wnioskodawca jest właścicielem lub użytkownikiem wieczystym lokalu (własność, umowa najmu) albo udokumentowana zgoda właściciela przedmiotowego lokalu lub budynku mieszkalnego, w którym wnioskodawca stale zamieszkuje,		
3.	kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – dotyczy opiekuna prawnego,		
4.	oświadczenie o dochodach wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z wnioskodawcą z ostatnich trzech miesięcy, poprzedzających miesiąc, w którym składany jest wniosek,		
5.	oświadczenie o posiadaniu środków na wkład własny,		
6.	oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych,		
7.	dokumenty potwierdzające finansowanie zadania z innych źródeł – w przypadku, gdy takie występują,		
8.	wstępny projekt i kosztorys planowanych prac i zakupu potrzebnych materiałów,		
9.	sprawdzenie poprawnie obliczonego dochodu		

*pieczęćka imienna pracownika PCPR przyjmującego
wniosek*

data, podpis:

Zasady postępowania w sprawie przyznania dofinansowania ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych usługi tłumacza migowego lub tłumacza - przewodnika

I. Informacje ogólne:

Niniejsze zasady określają:

- 1) Warunki jakie muszą spełniać osoby niepełnosprawne ubiegające się o dofinansowanie
- 2) Zasady ustalania wysokości i rozliczania przyznanego dofinansowania
- 3) Tryb składania wniosków
- 4) Zasady rozpatrywania wniosków
- 5) Postanowienia końcowe.

Ilekróć w niniejszych zasadach jest mowa o:

- 1) **Centrum** – oznacza Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie,
- 2) **Funduszu** – oznacza to Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
- 3) **Komisji** – oznacza to Komisję do spraw opiniowania wniosków o dofinansowanie ze środków Funduszu, powołaną przez dyrektora Centrum,
- 4) **Osobie niepełnosprawnej** – oznacza to osobę posiadającą:
 - a) orzeczenie o zaliczeniu do znacznego, umiarkowanego lub lekkiego stopnia niepełnosprawności,
 - b) orzeczenie o zaliczeniu do osób niepełnosprawnych, w przypadku osób, które nie ukończyły 16 roku życia,
 - c) orzeczenie o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy wydane przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
 - d) orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji wydane przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
 - e) orzeczenie o zaliczeniu do I, II lub III grupy inwalidów wydane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych przed dniem 1 stycznia 1998 r.,
 - f) orzeczenie o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydane przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przed dniem 1 stycznia 1998 r.
- 5) **Starości** – oznacza to Starostę Wołomińskiego,
- 6) **Przeciętnym miesięcznym dochodzie obliczonym za kwartał** – oznacza to dochód w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 111 z późn. zm.) podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym i podzielony przez trzy miesiące,
- 7) **Przeciętnym wynagrodzeniu** – oznacza to przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce narodowej w poprzednim kwartale od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w formie komunikatu w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 53 z późn. zm.),
- 8) **Tłumaczu** – oznacza osobę pełniącą usługę tłumacza języka migowego (tłumacza

PJM/SJM/SKOGN) na rzecz Wnioskodawcy

- 9) **Tłumaczu-przewodniku** – oznacza osobę wykszoloną w zakresie specyficznych form porozumiewania się i poruszania z ludźmi głuchoniewidomymi, która pomaga osobie głuchoniewidomej w porozumieniu się z otoczeniem,
- 10) **Niestyszającym** - należy przez to rozumieć osobę z takim uszkodzeniem słuchu, które uniemożliwia porozumiewanie się za pomocą mowy dźwiękowej, także przy użyciu pomocy technicznych;
- 11) **Niedosłyszącym** - należy przez to rozumieć osobę z takim uszkodzeniem słuchu, które uniemożliwia porozumiewanie się za pomocą mowy dźwiękowej bez pomocy technicznych;
- 12) **Głuchoniewidomym** – należy przez to rozumieć osobę, która na skutek równoczesnego poważnego uszkodzenia słuchu i wzroku napotyka bardzo duże trudności, szczególnie w poruszaniu się, wymianie informacji oraz w komunikowaniu się;
- 13) **Polski język migowy (PJM)** – jest to naturalny wizualno-przestrzenny język komunikowania się osób uprawnionych
- 14) **System językowo-migowy (SJM)** – jest to podstawowy środek komunikowania się osób uprawnionych, w którym znaki migowe wspierają wypowiedź dźwiękowo-artykulacyjną
- 15) **Sposoby komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN)** – jest to podstawowy środek komunikowania się osób uprawnionych, w którym sposób przekazu komunikatu jest dostosowany do potrzeb wynikających z łącznego występowania dysfunkcji narządu wzroku i słuchu

II. Warunki jakie muszą spełniać osoby niepełnosprawne ubiegające się o dofinansowanie:

1. O dofinansowanie ze środków Funduszu usługi tłumacza migowego lub tłumacza – przewodnika mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne jeżeli ta usługa umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem, z zastrzeżeniem że jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności. Warunkiem przyznania dofinansowania jest posiadanie przez wnioskodawcę w orzeczeniu o niepełnosprawności symbolu 03-L lub symbolu 03-L wraz z symbolem 04-O lub symboli równoważnych stosowanych we wcześniejszych orzeczeniach. W przypadku orzeczenia, w którym brak jest zapisu dotyczącego przyczyny niepełnosprawności, schorzenia te winny być potwierdzone zaświadczeniem lekarza specjalisty wystawionym na druku stanowiącym załącznik do wniosku.

III. Zasady ustalania wysokości i rozliczania przyznanego dofinansowania:

1. Wysokość dofinansowania usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika nie może być wyższa niż 2% przeciętnego wynagrodzenia za godzinę jej świadczenia.
2. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowaniu ze środków PFRON.
3. Dofinansowanie ze środków PFRON nie przysługuje, jeżeli podmiot ubiegający się o dofinansowanie ma zaległości wobec PFRON lub podmiot ten był w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie tego podmiotu.
4. Podstawą dofinansowania tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika ze środków Funduszu stanowi umowa zawarta przez Starostę z osobą niepełnosprawną lub w przypadku

osoby małoletniej z jej przedstawicielem ustawowym.

5. Umowy na dofinansowanie tłumacza zawierane będą w okresie roku budżetowego, w którym uchwalono środki na powyższe dofinansowanie zgodnie z uchwałą Rady Powiatu Wołomińskiego a w szczególnie uzasadnionych przypadkach Centrum, może podjąć decyzję o przyznaniu dofinansowania z otrzymanej zaliczki ze środków PFRON w sprawie określenia zadań na które przeznacza się środki funduszu.
6. Dofinansowaniu nie podlega świadczenie usługi przez tłumacza PJM, SJM, i SKOIGN w instytucjach publicznych.

IV. Tryb składania wniosków:

1. Osoba niepełnosprawna może złożyć wniosek o dofinansowanie tłumacza w każdym czasie.
2. Wniosek o udzielenie dofinansowania należy składać w siedzibie Centrum na właściwych wnioskach wraz z kompletem wymaganych załączników. Wniosek o udzielenie dofinansowania usługi tłumacza migowego lub tłumacza – przewodnika stanowi załącznik nr 13 do Zarządzenia nr 33/2020 Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie z dnia 16.11.2020 r.
3. Osoba niepełnosprawna może złożyć wniosek osobiście bądź przez pełnomocnika. W imieniu małoletnich osób niepełnosprawnych wniosek składa przedstawiciel ustawowy.
4. W przypadku złożenia niekompletnego wniosku Centrum występuje w ciągu 10 dni o jego uzupełnienie lub złożenie dodatkowych dokumentów w przypadku, gdy złożone dokumenty nie w pełni potwierdzają konieczność dofinansowania. Nie uzupełnienie wniosku w ciągu 30 dni powoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.
5. Wniosek rozpatrywany jest niezwłocznie, nie dłużej jednak niż w terminie 7 dni od daty złożenia kompletnego wniosku. O sposobie rozpatrzenia wniosku wnioskodawca informowany jest w terminie 10 dni od dnia rozpatrzenia kompletnego wniosku.
6. Wniosek podlega ocenie formalnej i merytorycznej w oparciu o skalę punktową opracowaną przez Centrum.
7. Przyznawanie dofinansowania, do ocenionych pod względem formalnym i merytorycznym wniosków, prowadzone jest w miarę posiadanych środków finansowych.
8. W celu raportowania oraz kontroli wydawanych środków finansowych raz na kwartał odbywają się posiedzenia Komisji.
9. Od odmowy o przyznaniu dofinansowania Wnioskodawcy nie przysługuje odwołanie w rozumieniu przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego.
10. W przypadku śmierci Wnioskodawcy wniosek nie podlega dalszemu rozpatrzeniu.

V. Zasady rozpatrywania wniosków:

1. Rozpatrywanie wniosku osoby niepełnosprawnej obejmuje ocenę formalną i merytoryczną:
 - a) ocenę zasadności wniosku,
 - b) sprawdzenie czy wniosek posiada wymagane załączniki,
2. Przy rozpatrywaniu wniosku osoby niepełnosprawnej bierze się pod uwagę:
 - a) stopień niepełnosprawności i istniejące sprzężenia
 - b) liczbę osób niepełnosprawności zamieszkałych w danym lokalu,
 - c) sytuację zawodową, uczęszczanie do szkoły (w tym wyższej),
 - d) prowadzenie gospodarstwa domowego samotnie lub z rodziną,
 - e) średni dochód na członka rodziny,

- f) całkowity koszt zadania,
 - g) wartość zadania,
 - h) wcześniejsze korzystanie przez osobę niepełnosprawną ze środków Funduszu.
3. Osobom niepełnosprawnym, którym nie zostało przyznane dofinansowanie z powodu niewystarczającej wysokości środków funduszu przeznaczonych na tłumacza w roku rozpatrywania wniosku, muszą wystąpić o dofinansowanie ponownie, składając nowy wniosek i aktualizując wymagane załączniki.
4. Rozpatrywanie wniosków obejmuje:
- a) sprawdzenie, czy wniosek posiada wymagane załączniki,
 - b) sprawdzenie wiarygodności podanych we wniosku informacji,
 - c) dokonanie oceny wniosku według skali punktowej opracowanej Centrum,
 - d) sporządzenie listy wniosków według uzyskanej punktacji – od najwyższej do najniższej.
5. Nie podlegają rozpatrywaniu wnioski:
- a) niekompletne,
 - b) osób, które po otrzymaniu dofinansowania na cele, określone w ustawie nie dotrzymały warunków umowy,

VI. Postanowienia końcowe:

1. Starosta sprawuje nadzór nad wykorzystaniem środków Funduszu przekazywanych na dofinansowanie do tłumacza migowego i tłumacza przewodnika.
 2. Na wniosek Starosty, Centrum udziela informacji dotyczących sposobu i stopnia wykorzystania środków Funduszu.
 3. Centrum zapewnia kontrolę nad prawidłowością wydatkowania środków.
- Pozostałe warunki i wymogi nie zawarte w niniejszych zasadach określa:
- a) Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 426 z późn. zm.),
 - b) rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatów, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (t. j. Dz. U. z 2015 r. poz. 926 z późn. zm.).



Pieczętka wpływu PCPR

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
usługi: tłumacza języka migowego, tłumacza - przewodnika

ORZECZENIE: czasowe do dnia, na stałe

I. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY (osoba niepełnosprawna)

Imię.....Nazwisko..... Data urodzeniar.

Dowód osobisty seria numer wydany w dniu.....r.

przez..... ważny dor.

PESEL

Adres zamieszkania: ul.nr domum.

kod pocztowy..... MiejscowośćGmina.....

Powiat..... tel..... e-mail.....

Adres korespondencyjny (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania):

II. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/ OPIEKUNA PRAWNEGO /PEŁNOMOCNIKA
(wypełnić, jeśli wniosek dotyczy osoby niepełnoletniej, ubezwłasnowolnionej itp.)

Imię.....Nazwisko..... Data urodzeniar.

Dowód osobisty seria numer wydany w dniu.....r.

przez.....ważny dor.

PESEL

Adres zamieszkania (wypełnić jeżeli jest inny niż u Wnioskodawcy):

Opiekun prawny ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia.....syg. akt

Pełnomocnik na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dnia.....Repet. Nr.....

III. Nazwa banku i numer konta bankowego Wnioskodawcy/przekaz pocztowy (w przypadku osoby małoletniej - opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego/pełnomocnika) * właściwe podkreślić

.....

IV. Wniosek składam na powyższe zadanie:

(wstaw X we właściwej rubryce)

1. po raz pierwszy	
2. po raz drugi i kolejny i nie otrzymał dofinansowania	
3. po raz drugi i kolejny i otrzymał dofinansowanie	

V. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

(wstaw X we właściwej rubryce)

	TAK korzystano			NIE korzystano	Dane zgodne z programem TYLDA (wypełnia pracownik PCPR)
	rok	Nr umowy	kwota		
na likwidację barier architektonicznych					
na likwidację barier technicznych					
na likwidację barier w komunikowaniu					
na uczestnictwo w turnusie rehabilitacyjnym					
na zakup przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych					
na zakup sprzętu rehabilitacyjnego					
na usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika					
					..... podpis i pieczęćka pracownika PCPR

VI. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i stan rozliczenia

(wstaw X we właściwej rubryce)

1. korzystałam/em i rozliczyłam/em się	
2. korzystałam/em i jestem w trakcie rozliczenia	
3. korzystałam/em i nie rozliczyłam/em się	

VII. Uzasadnienie wnioskowanego celu dofinansowania (należy wykazać, że realizacja zadania umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem oraz, że jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności)

.....

.....

.....

VIII. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas oraz koszt realizacji zadania

Rodzaj usługi	Miejsce realizacji zadania	Okres usługi	Liczba godzin	Przewidywana cena (brutto) jednej godziny usługi	Całkowity koszt usługi (Kolumny 2x3)
		1.	2.	3.	
Tłumacz języka migowego					
Tłumacz – przewodnik					

IX. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z wnioskodawcą
(w tym osoby niepełnosprawne)

Lp.	Nazwisko i imię	wiek	pokrewieństwo	niepełnosprawność		Dochód za kwartał (netto)**
				stopień	rodzaj	
1.	..... wnioskodawca		nie dotyczy			
2.	UWAGA!					
3.	Nie należy wpisywać imion i nazwisk osób z którymi prowadzi się wspólne gospodarstwo domowe. Należy podać wyłącznie stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą i ich dochód miesięczny.					
4.						
5.						
6.						
7.						
RAZEM:						

** **Dochód za kwartał:** Należy podać sumę dochodów osiągniętych za kwartał poprzedzającym miesiąc składania wniosku. Dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych po odliczeniu alimentów świadczonych na rzecz innych osób.

OŚWIADCZENIE:

Oświadczam, że:

- ❖ Informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- ❖ **Przeciętny miesięczny dochód (netto) rodziny** w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku **podzielony przez liczbę..... osób we wspólnym gospodarstwie domowym**, wyniósł..... zł.
- ❖ Nie ubiegam się i nie będę się ubiegał/a w roku bieżącym odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowy ze środków PFRON – za pośrednictwem innego realizatora na terenie innego samorządu powiatowego,
- ❖ **Upředzony/upředzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1444, z późn. zm.) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.**

.....
data i czytelny podpis wnioskodawcy /przedstawiciela
ustawowego/ opiekuna prawnego /pełnomocnika

**właściwe podkreślić*

ZALĄCZNIKI DO WNIOSKU:

- kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, w przypadku dzieci do lat 16 – orzeczenie o niepełnosprawności,
- kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – dotyczy opiekuna prawnego,
- aktualne zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza specjalistę w sposób czytelny zawierający informację o rodzaju posiadanych schorzeń (zgodnie z załącznikiem)-w przypadku orzeczenia, w którym brak jest zapisu dotyczącego przyczyny niepełnosprawności
- dokument potwierdzający wpis do rejestru tłumaczy PJM, SJM, SKOGN
- oryginał aktualnego zaświadczenia ze szkoły/uczelni o kontynuowaniu nauki.

Oraz do wglądu :

- oryginały wymaganych dokumentów
- dowód osobisty wnioskodawcy/ opiekuna ustawowego

KLAUZULA INFORMACYJNA
dla osób ubiegających się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

W celu realizacji obowiązku wynikającego z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwane dalej RODO) prosimy o zapoznanie się z poniższymi informacjami

Administrator danych osobowych

Administratorem Pana/i danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie, ul. Legionów 78,05-200 Wołomin zwany dalej Administratorem.

Inspektor Ochrony Danych

Administrator Danych Osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych. We wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych, należy skontaktować się poprzez adres email: sekretariat@pcprwołomin.pl, pisemnie na adres siedziby Administratora Danych Osobowych.

Cele i podstawa prawna przetwarzania danych

Przetwarzanie Pana/i danych osobowych odbywa się

- a) Na podstawie z art. 6 ust.1 lit. a tj. udzielonej przez Pana/i zgody na udział wpostepowaniu w sprawie ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
- b) Na podstawie z art. 6 ust.1 lit. c - wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa tj.:
 - Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 13 lutego 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U z 2020 poz. 426)
 - Obwieszczenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 czerwca 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U z 2015 poz. 926)

Odbiorcy danych osobowych

Pani/a dane osobowe mogą być przekazywane następującym kategoriom odbiorców:

- a) Właściwym organom, sądom oraz instytucjom państwowym i samorządowym lub innym instytucjom wykonującym powierzone zadania publiczne, jeżeli obowiązek ujawnienia/przekazania danych wynika z obowiązujących przepisów prawa lub jest to niezbędne celem dochodzenia praw lub roszczeń Administratora Danych Osobowych

Przekazywanie danych poza Europejski Obszar Gospodarczy (EOG):

Administrator Danych Osobowych nie przekazuje Pana/Pani danych do państw trzecich tj. poza terytorium EOG (obejmujący Unie Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).

Okres przechowywania danych

Dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany przepisami prawa, lub do czasu odwołania zgody.

Prawa osoby, której dane dotyczą

Przysługuje Panu/i prawo żądania od Administratora danych osobowych dostępu do swoich danych osobowych, prawo do sprostowania (poprawienia), usunięcia danych jednakże z ograniczeniem tego prawa w myśl art. 17 RODO, ograniczenia przetwarzania danych (wstrzymania operacji na danych lub nieusuwania danych w zależności od złożonego wniosku), prawo do przenoszenia danych osobowych, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania państwa danych na potrzeby marketingu bezpośredniego. W celu skorzystania z powyższych praw, należy skontaktować się poprzez kanały komunikacji wskazane w pkt. Administrator danych osobowych

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Może Pan/i również wnieść skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, w przypadku niezgodnego z przepisami prawa przetwarzania danych osobowych.

Zgoda

W przypadku, gdy wykorzystywane przez nas Państwa dane nie są konieczne do realizacji obowiązku prawnego lub nie stanowi Naszego prawnie uzasadnionego interesu przysługuje Panu/i prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie, w zakresie w jakim Pana/i dane osobowe są przetwarzane na podstawie udzielonej zgody na przetwarzanie danych osobowych. Wycofanie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie Pana/i zgody przed jej wycofaniem.

Czy podanie danych jest obowiązkowe?

Przetwarzanie pozyskanych od Pana/i danych opiera się na zasadzie dobrowolności, jednakże odmowa podania danych niemożliwi Panu/i dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Zautomatyzowane podejmowanie decyzji

Pana/i dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Oświadczam, że otrzymałem/am Klauzulę informacyjną od Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie dla osób ubiegających się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i zapoznałem/am się z jej treścią.

.....
(miejsowość i data)

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela
ustawowego/opiekuna prawnego/pełnomocnika)



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

ZASWIADCZENIE LEKARSKIE
(wystawione przez lekarza specjalistę)

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Adres: nr kodu-..... miejscowość

ulica nr domunr lokalu

gmina powiat

Nr dowodu tożsamości
.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji*:

Narząd słuchu

Osoba niesłysząca

Osoba niedosłysząca

Narząd słuchu i wzroku

Osoba głuchoniema

Uzasadnienie korzystania z usług tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika

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

.....
(data)

.....
(pieczęćka i podpis lekarza specjalisty)

*Dotyczy schorzeń/dysfunkcji narządu słuchu lub łącznie słuchu i wzroku

**Skala punktowa rozpatrywania wniosków
o dofinansowanie ze środków PFRON usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza - przewodnika**

		Liczba punktów	Przyznane punkty
Wniosek składany jest na dany cel			
1.	po raz pierwszy	8	
2.	po raz drugi i kolejny i nie otrzymywał dofinansowania	8	
3.	po raz drugi i kolejny i otrzymywał dofinansowanie	0	
Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik			
1.	Orzeczenie o niepełnosprawności (dzieci do 16 lat)	8	
2.	znaczny	8	
3.	umiarkowany	4	
4.	lekki	1	
Ilość symboli niepełnosprawności			
1.	Jeden symbol niepełnosprawności	1	
2.	Dwa symbole niepełnosprawności	2	
3.	Trzy symbole niepełnosprawności	3	
Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje			
1.	samotnie	8	
2.	wspólnie	4	
3.	z osobami niepełnosprawnymi	6	
Średni dochód miesięczny w rodzinie			
1.	do 700,00 zł	8	
2.	od 701,00 - do 1.400,00 zł	6	
3.	od 1401,00 do 2100,00 zł	4	
4.	powyżej 2100,00 zł	2	
Średni dochód miesięczny dla osoby samotnej			
1.	do 1100,00 zł	8	
2.	od 1101,00 do 1800,00 zł	6	
3.	od 1801,00 do 2500,00 zł	4	
4.	powyżej 2500,00 zł	2	
Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych			
1.	nie korzystał	8	
2.	korzystał ze środków Funduszu na inne zadania, niż będące przedmiotem wniosku	4	
3.	korzystał na to samo zadanie	0	
LICZBA UZYSKANYCH PUNKTÓW			

Ocena wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON

Data weryfikacji formalnej wniosku:		...../ 20..... r.
Weryfikacja formalna wniosku:	<input type="checkbox"/> pozytywna	<input type="checkbox"/> negatywna
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia:	<input type="checkbox"/> - tak	<input type="checkbox"/> - nie
Uzupełniono w dniu/ 20..... r.		

pieczętka imienna pracownika PCPR dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

Data, podpis

WYPEŁNIA POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE

OCENA WNIOSKU O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

<i>OCENA FORMALNA I MERYTORYCZNA WNIOSKU</i>			
	Liczba punktów ogółem	Proponowana kwota dofinansowania (w złotych)	Decyzja o przyznaniu dofinansowania
..... Pieczątką imienną, data, podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku Pieczątką imienną, data, podpis osoby upoważnionej do podejmowania decyzji

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

--

.....20..... r.
data

.....
podpisy osób podejmujących decyzję

Do wniosku załączono wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania (dotyczy wniosków, których realizacja wymaga podpisania umowy)

pieczętki imienne pracowników PCPR przygotowujących umowę

data, podpis:

pieczętka imienna Dyrektora PCPR

data, podpis:

WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW- USŁUGI TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO LUB TŁUMACZA PRZEWODNIKA

(Załączniki wymagane do wniosku- wypełnia PCPR)

Nr sprawy.....

Lp.	Nazwa załącznika	Załączniki złożone w dniu przyjęcia wniosku TAK/NIE	Data uzupełnienia
1.	kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, w przypadku dzieci do lat 16 – orzeczenie o niepełnosprawności,		
2.	kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – dotyczy opiekuna prawnego,		
3.	oświadczenie o dochodach wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z wnioskodawcą z ostatnich trzech miesięcy, poprzedzających miesiąc, w którym składany jest wniosek,		
4.	oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych,		
5.	aktualne zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza specjalistę w sposób czytelny zawierający informację o rodzaju posiadanych schorzeń (zgodnie z załącznikiem)-w przypadku orzeczenia, w którym brak jest zapisu dotyczącego przyczyny niepełnosprawności		
6.	dokument potwierdzający wpis do rejestru tłumaczy PJM, SJM, SKOGN (dotyczy wszystkich tłumaczy, którzy mają świadczyć usługę)		
7.	oryginał aktualnego zaświadczenia ze szkoły/uczelni o kontynuowaniu nauki		
8.	sprawdzenie poprawnie obliczonego dochodu		

pieczętka imienna pracownika PCPR przyjmującego wniosek

data, podpis:

**Zasady postępowania w sprawie przyznania dofinansowania ze środków finansowych
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia
w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane osobom niepełnosprawnym
na podstawie odrębnych przepisów**

I. Informacje ogólne:

Niniejsze zasady określają:

- 1) Warunki jakie muszą spełniać Wnioskodawcy ubiegający się o dofinansowanie
- 2) Tryb składania i zasady rozpatrywania wniosków
- 3) Zasady ustalania wysokości i przekazywania środków Funduszu
- 4) Katalog przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych

Ilekrót w niniejszych zasadach jest mowa o:

- 1) **Centrum** – oznacza Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie,
- 2) **Funduszu** – oznacza to Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
- 3) **Komisji** – oznacza to Komisję do spraw opiniowania wniosków o dofinansowanie ze środków Funduszu, powołaną przez dyrektora Centrum,
- 4) **Osobie niepełnosprawnej** – oznacza to osobę posiadającą:
 - a) orzeczenie o zaliczeniu do znacznego, umiarkowanego lub lekkiego stopnia niepełnosprawności,
 - b) orzeczenie o zaliczeniu do osób niepełnosprawnych, w przypadku osób, które nie ukończyły 16 roku życia,
 - c) orzeczenie o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy wydane przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
 - d) orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji wydane przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
 - e) orzeczenie o zaliczeniu do I, II lub III grupy inwalidów wydane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych przed dniem 1 stycznia 1998 r.,
 - f) orzeczenie o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydane przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przed dniem 1 stycznia 1998 r.
- 5) **Staroście** oznacza to Starostę Wołomińskiego,
- 6) **Przeciętnym miesięcznym dochodzie obliczonym za kwartał** – oznacza to dochód w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 111 z późn. zm.) podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym i podzielony przez trzy miesiące,
- 7) **Przeciętnym wynagrodzeniu** – oznacza to przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce narodowej w poprzednim kwartale od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w formie komunikatu w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 53 z późn. zm.),

- 8) **SOW** – oznacza System Obsługi Wsparcia, to nowoczesna platforma, za pomocą której Osoby Niepełnosprawne i jednostki działające na ich rzecz mogą elektronicznie składać wnioski o wsparcie finansowane przez PFRON.
- 9) **ePUAP** – należy przez to rozumieć Elektroniczną Platformę Usług Administracji Publicznej;
- 10) **Profil Zaufany** – należy przez to rozumieć sposób uwierzytelniania wnioskodawcy/użytkownika dostępny na ePUAP.

II. Warunki jakie muszą spełniać Wnioskodawcy ubiegający się o dofinansowanie:

1. O dofinansowanie ze środków Funduszu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane na podstawie odrębnych przepisów mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne jeżeli:
 - a) jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności,
 - b) przeciętny miesięczny dochód obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, nie przekracza kwoty:
 - 50% przeciętnego wynagrodzenia na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym,
 - 65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej.
 - c) nie ma zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;
 - d) w okresie 3 lat przed złożeniem wniosku nie była stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, która została rozwiązana z przyczyn leżących po jego stronie.

III. Tryb składania i zasady rozpatrywania wniosków:

1. Wnioski o udzielenie dofinansowania można składać w siedzibie Centrum na właściwych drukach wniosków wraz z kompletem wymaganych załączników. Wniosek o udzielenie dofinansowania zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze stanowi załącznik nr 9 do Zarządzenia nr 33/2020 Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie z dnia 16.11.2020 r. lub za pośrednictwem Platformy SOW - <https://portal-sow.pfron.org.pl/opencms/export/sites/pfron-sow/sow/>. Pełne korzystanie z Systemu wymaga posiadania narzędzia autoryzacji – uwierzytelnienia przez profil zaufany na platformie ePUAP lub przy pomocy kwalifikowalnego podpisu elektronicznego.
2. Osoba niepełnosprawna może złożyć wniosek o dofinansowanie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze w każdym czasie.
3. Osoba niepełnosprawna może złożyć wniosek osobiście bądź przez pełnomocnika. W imieniu małoletnich osób niepełnosprawnych wniosek składa przedstawiciel ustawowy.
4. W przypadku złożenia niekompletnego wniosku Centrum występuje w ciągu 10 dni do osoby niepełnosprawnej o jego uzupełnienie lub złożenie dodatkowych dokumentów w przypadku, gdy złożone dokumenty nie w pełni potwierdzają konieczność dofinansowania. Nie uzupełnienie wniosku w ciągu 30 dni powoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.
5. Wniosek rozpatrywany jest w terminie 30 dni od dnia złożenia kompletnego wniosku. Wnioskodawca informowany jest o sposobie rozpatrzenia w terminie 7 dni od dnia rozpatrzenia kompletnego wniosku.
6. Wniosek podlega ocenie formalnej i merytorycznej w oparciu o skalę punktową opracowaną przez Centrum.

7. Przyznawanie dofinansowania, do ocenionych pod względem formalnym i merytorycznym wniosków, prowadzone jest w miarę posiadanych środków finansowych.
8. Dofinansowanie przyznawane jest wg kolejności wpływu wniosku oraz opracowanej skali punktowej przez Centrum.
9. W celu raportowania oraz kontroli wydawanych środków finansowych raz na kwartał odbywają się posiedzenia Komisji.
10. W przypadku zwiększenia w ciągu roku kalendarzowego środków finansowych Funduszu dofinansowanie przyznawane jest w pierwszej kolejności wnioskowi z poprzednich kwartałów, uprzednio nie zrealizowanych, aż do wyczerpania środków. Dofinansowanie przyznawane jest wówczas w kolejności odpowiadającej porządkowi realizacji wniosków w danych kwartałach.
11. W przypadku rezygnacji Wnioskodawcy z dofinansowania, niewykorzystane środki finansowe przechodzą na kolejne osoby z list rankingowych.
12. Decyzje o przyznaniu lub odmowie dofinansowania mogą być podejmowane po podjęciu przez Radę Powiatu Wołomińskiego uchwały dotyczącej podziału środków finansowych Funduszu na realizację zadań z zakresu rehabilitacji społecznej a w szczególnych i uzasadnionych przypadkach Centrum, może podjąć decyzję o przyznaniu dofinansowania z otrzymanej zaliczki ze środków PFRON w danym roku.
13. Wnioskodawcom, którym nie zostało przyznane dofinansowanie z powodu niewystarczającej ilości środków finansowych Funduszu przeznaczonych na dane zadanie w roku rozpatrywania wniosku, muszą wystąpić o dofinansowanie ponownie, składając nowy wniosek i aktualizując wymagane załączniki.
14. Jeżeli wnioskodawca zmarł wniosek nie podlega dalszemu rozpatrywaniu. Należy przyjąć do rozpatrywania kolejny wniosek, który otrzymał najwyższą ocenę punktową.
15. Od odmowy o przyznaniu dofinansowania Wnioskodawcy nie przysługuje odwołanie w rozumieniu przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego.

IV. Zasady ustalania wysokości i przekazywania środków Funduszu:

1. Wysokość dofinansowania zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wynosi:
 - a) do 100% udziału własnego osoby niepełnosprawnej w limicie ceny ustalonym na podstawie odrębnych przepisów, jeżeli taki udział jest wymagany,
 - b) do 150% sumy kwoty limitu ceny oraz wymaganego udziału własnego osoby niepełnosprawnej w zakupie tych przedmiotów i środków, jeżeli cena zakupu jest wyższa niż ustalony limit.
2. W przypadku osób przebywających w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej wysokość dofinansowania zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oblicza się przez odjęcie od uzyskanej sumy kwoty, o której mowa w ust. 1 lit. b, opłaty ryczałtowej i częściowej odpłatności do wysokości limitu ceny pokrywanej przez jednostkę organizacyjną pomocy społecznej.
3. Wzór obliczania maksymalnej wysokości dofinansowania zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze (w przypadku, gdy cena zakupu przekracza ustalony limit Narodowego Funduszu Zdrowia) jest następujący – dofinansowanie oblicza się sumując kwotę limitu (a) i udziału własnego (b), a następnie mnożąc tę sumę przez 150%. Kwota dofinansowania = $(a + b) \times 150\%$.

4. W sytuacji znacznego niedoboru środków Funduszu w danym roku w stosunku do istniejących potrzeb w zakresie dofinansowania zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze można odpowiednio obniżyć wysokość tego dofinansowania.
5. Przyznanie osobie niepełnosprawnej dofinansowania ze środków Funduszu na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze nie wymaga formy umowy.
6. Do rozliczenia dofinansowania zaopatrzenia w środki ortopedyczne i przedmioty pomocnicze wymagana jest Faktura VAT z wyszczególnionym zapisem, dotyczącym przyznanego dofinansowania z Narodowego Funduszu Zdrowia.
7. Dofinansowaniem do zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, przyznawane na podstawie odrębnych przepisów, mogą być objęte faktury roku bieżącego oraz lat ubiegłych.
8. Przekroczenie kosztów ponad wysokość przyznanego dofinansowania Wnioskodawca pokrywa ze środków własnych.
9. Przyznana kwota dofinansowania nie może być wyższa niż różnica całkowitego kosztu zakupu i kwoty dofinansowania przyznanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
10. Dofinansowanie nie przysługuje, gdy artykuły (przedmioty ortopedyczne lub środki pomocnicze) zostały nabyte przez osobę zainteresowaną przed dniem uzyskania stosownego orzeczenia, czyli przed dniem uznania danej osoby za niepełnosprawną.
11. Wnioskodawca może uzyskać w ciągu roku dofinansowanie wyłącznie do 4 przedmiotów ortopedycznych, w przypadku środków pomocniczych zgodnie z wystawionym zleceniem zaopatrzenia w wyroby medyczne.

V. Katalog przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych:

Katalog przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych określają przepisy – Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1267 z późn. zm.)

VI. Postanowienia końcowe:

1. Na wniosek Starosty Centrum udziela informacji dotyczących sposobu i stopnia wykorzystania środków Funduszu.
2. Centrum zapewnia kontrolę nad prawidłowością wydatkowania środków.
3. Pozostałe warunki i wymogi nie zawarte w niniejszych zasadach określa:
 - a) ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 426 z późn. zm.),
 - b) rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatów, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (t. j. Dz. U. z 2015r. poz. 926 z późn. zm.).

Data wpływu:

Nr wniosku:

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

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

I. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY	
Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
ADRES ZAMIESZKANIA	
Nazwa pola	Wartość
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

II. DANE PODOPIECZNEGO

Nie dotyczy

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

DANE ADRESOWE

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

OPIEKUN USTANOWIONY/USTANOWIONA

Przedstawicielem ustawowym:

Opiekunem prawnym:

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

Pełnomocnikiem, na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza:

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



III. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Wartość
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Niezdolność:	<input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Osoby w wieku do 16 lat posiadające orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie dotyczy

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

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

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU**I. KOSZTY REALIZACJI****Przedmiot 1**

Nazwa pola	Wartość
Przedmiot wniosku:	
Całkowity koszt zakupu:	
Dofinansowanie NFZ:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

II. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

Przedmiot 1

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

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

- W kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)
 Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

I. KOSZTY REALIZACJI

Przedmiot 2

Nazwa pola	Wartość
Przedmiot wniosku:	
Całkowity koszt zakupu:	
Dofinansowanie NFZ:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

II. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

Przedmiot 2

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

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

- W kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)
 Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

I. KOSZTY REALIZACJI**Przedmiot 3**

Nazwa pola	Wartość
Przedmiot wniosku:	
Całkowity koszt zakupu:	
Dofinansowanie NFZ:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

II. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH**Przedmiot 3**

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

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

- W kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)
 Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

4

9

Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**OŚWIADCZENIE**

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

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

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

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

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018 poz. 1000).

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

KLAUZULA INFORMACYJNA
dla osób ubiegających się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

W celu realizacji obowiązku wynikającego z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwane dalej RODO) prosimy o zapoznanie się z poniższymi informacjami

Administrator danych osobowych

Administratorem Pana/i danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie, ul. Legionów 78,05-200 Wołomin zwany dalej Administratorem.

Inspektor Ochrony Danych

Administrator Danych Osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych. We wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych, należy skontaktować się poprzez adres email: sekretariat@pcprwołomin.pl, pisemnie na adres siedziby Administratora Danych Osobowych.

Cele i podstawa prawna przetwarzania danych

Przetwarzanie Pana/i danych osobowych odbywa się

- a) Na podstawie z art. 6 ust.1 lit. a tj. udzielonej przez Pana/i zgody na udział w postępowaniu w sprawie ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
- b) Na podstawie z art. 6 ust.1 lit. c - wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa tj.:
 - Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 13 lutego 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U z 2020 poz. 426)
 - Obwieszczenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 czerwca 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U z 2015 poz. 926)

Odbiorcy danych osobowych

Pani/a dane osobowe mogą być przekazywane następującym kategoriom odbiorców:

- a) Właściwym organom, sądom oraz instytucjom państwowym i samorządowym lub innym instytucjom wykonującym powierzone zadania publiczne, jeżeli obowiązek ujawnienia/przekazania danych wynika z obowiązujących przepisów prawa lub jest to niezbędne celem dochodzenia praw lub roszczeń Administratora Danych Osobowych

Przekazywanie danych poza Europejski Obszar Gospodarczy (EOG):

Administrator Danych Osobowych nie przekazuje Pana/Pani danych do państw trzecich tj. poza terytorium EOG (obejmujący Unie Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).

Okres przechowywania danych

Dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany przepisami prawa, lub do czasu odwołania zgody.

Prawa osoby, której dane dotyczą

Przysługuje Panu/i prawo żądania od Administratora danych osobowych dostępu do swoich danych osobowych, prawo do sprostowania (poprawienia), usunięcia danych jednakże z ograniczeniem tego prawa w myśl art. 17 RODO, ograniczenia przetwarzania danych (wstrzymania operacji na danych lub nieusuwania danych w zależności od złożonego wniosku), prawo do przenoszenia danych osobowych, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania państwa danych na potrzeby marketingu bezpośredniego. W celu skorzystania z powyższych praw, należy skontaktować się poprzez kanały komunikacji wskazane w pkt. Administrator danych osobowych

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Może Pan/i również wnieść skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, w przypadku niezgodnego z przepisami prawa przetwarzania danych osobowych.

Zgoda

W przypadku, gdy wykorzystywane przez nas Państwa dane nie są konieczne do realizacji obowiązku prawnego lub nie stanowi Naszego prawnie uzasadnionego interesu przysługuje Panu/i prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie, w zakresie w jakim Pana/i dane osobowe są przetwarzane na podstawie udzielonej zgody na przetwarzanie danych osobowych. Wycofanie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie Pana/i zgody przed jej wycofaniem.

Czy podanie danych jest obowiązkowe?

Przetwarzanie pozyskanych od Pana/i danych opiera się na zasadzie dobrowolności, jednakże odmowa podania danych uniemożliwi Panu/i dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Zautomatyzowane podejmowanie decyzji

Pana/i dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Oświadczam, że otrzymałem/am Klauzulę informacyjną od Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie dla osób ubiegających się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i zapoznałem/am się z jej treścią.

.....
(miejsowość i data)

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela
ustawowego/opiekuna prawnego/petnomocnika)

**Oświadczenie
Korzystanie ze środków finansowych
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

1. Wniosek składam na powyższe zadanie:
(wstaw X we właściwej rubryce)

		Dane zgodne z programem TYLDA (wypełnia pracownik PCPR)
1. po raz pierwszy		
2. po raz drugi i kolejny i nie otrzymywał dofinansowania		
3. po raz drugi i kolejny i otrzymywał dofinansowanie		

2. Korzystanie ze środków:
(wstaw X we właściwej rubryce)

	TAK korzystano			NIE korzystano	Dane zgodne z programem TYLDA (wypełnia pracownik PCPR)
	rok	Nr umowy	kwota		
na likwidację barier architektonicznych					
na likwidację barier technicznych					
na likwidację barier w komunikowaniu					
na uczestnictwo w turnusie rehabilitacyjnym					
na zakup przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych					
na zakup sprzętu rehabilitacyjnego					
na usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika					
z Programu Aktywny Samorząd					

3. Stan rozliczenia:
(wstaw X we właściwej rubryce)

		Dane zgodne z programem TYLDA (wypełnia pracownik PCPR)
1. korzystałam/em i rozliczyłam/em się		
2. korzystałam/em i jestem w trakcie rozliczenia		
3. korzystałam/em i nie rozliczyłam/em się		

podpis pracownika PCPR

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego/pełnomocnika

A

g

**Skala punktowa rozpatrywania wniosków
o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze**

		Liczba punktów	Przyznane punkty
Wniosek składany jest na dany cel			
1.	po raz pierwszy	8	
2.	po raz drugi i kolejny i nie otrzymywał dofinansowania	8	
3.	po raz drugi i kolejny i otrzymywał dofinansowanie	0	
Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik			
1.	Orzeczenie o niepełnosprawności (dzieci do 16 lat)	8	
2.	znaczny	8	
3.	umiarkowany	4	
4.	lekki	1	
Ilość symboli niepełnosprawności			
1.	Jeden symbol niepełnosprawności	1	
2.	Dwa symbole niepełnosprawności	2	
3.	Trzy symbole niepełnosprawności	3	
Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje			
1.	samotnie	8	
2.	wspólnie	4	
Średni dochód miesięczny w rodzinie			
1.	do 700,00 zł	8	
2.	od 701,00 - do 1.400,00 zł	6	
3.	od 1401,00 do 2100,00 zł	4	
4.	powyżej 2100,00 zł	2	
Średni dochód miesięczny dla osoby samotnej			
1.	do 1100,00 zł	8	
2.	od 1101,00 do 1800,00 zł	6	
3.	od 1801,00 do 2500,00 zł	4	
4.	powyżej 2500,00 zł	2	
Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych			
1.	nie korzystał	8	
2.	korzystał ze środków Funduszu na inne zadania, niż będące przedmiotem wniosku	4	
3.	korzystał na to samo zadanie	0	
LICZBA UZYSKANYCH PUNKTÓW			

Ocena wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON

Data weryfikacji formalnej wniosku:		...../ 20..... r.
Weryfikacja formalna wniosku:	<input type="checkbox"/> pozytywna	<input type="checkbox"/> negatywna
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia:	<input type="checkbox"/> - tak	<input type="checkbox"/> - nie
Uzupełniono w dniu/ 20..... r.		

pieczętka imienna pracownika PCPR dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

Data, podpis



OCENA FORMALNA I MERYTORYCZNA WNIOSKU
o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

	Liczba punktów ogółem	Całkowita kwota proponowanego dofinansowania <i>(w złotych)</i>
..... Pieczętka imienna, data, podpis pracownika dokonującego merytorycznej wniosku	.....	.....

Decyzja o przyznaniu dofinansowania

Przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze:	Proponowana kwota dofinansowania <i>(w złotych)</i>	Decyzja:
.....	pozytywna: <input type="checkbox"/> negatywna: <input type="checkbox"/> Pieczętka imienna, data, podpis osoby upoważnionej do podejmowania decyzji
.....	pozytywna: <input type="checkbox"/> negatywna: <input type="checkbox"/> Pieczętka imienna, data, podpis osoby upoważnionej do podejmowania decyzji
.....	pozytywna: <input type="checkbox"/> negatywna: <input type="checkbox"/> Pieczętka imienna, data, podpis osoby upoważnionej do podejmowania decyzji
.....	pozytywna: <input type="checkbox"/> negatywna: <input type="checkbox"/> Pieczętka imienna, data, podpis osoby upoważnionej do podejmowania decyzji
.....	pozytywna: <input type="checkbox"/> negatywna: <input type="checkbox"/> Pieczętka imienna, data, podpis osoby upoważnionej do podejmowania decyzji

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

.....20..... r.
data

.....
podpisy osób podejmujących decyzję

A

[Signature]

WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW - PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE

(Załączniki wymagane do wniosku- wypełnia PCPR)

Nr sprawy.....

Lp.	Nazwa załącznika	Załączniki złożone w dniu przyjęcia wniosku TAK/NIE	Data uzupełnienia
1.	kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, w przypadku dzieci do lat 16 – orzeczenie o niepełnosprawności,		
2.	kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – dotyczy opiekuna prawnego,		
3.	kopia zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne/środki pomocnicze potwierdzona za zgodność z oryginałem, przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, lub kopia zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne/środki pomocnicze w przypadku faktury Pro-Forma,		
4.	faktura Pro-Forma lub faktura VAT za zakupione przedmioty ortopedyczne lub środki pomocnicze wystawiona na Wnioskodawcę, wyszczególniająca kwotę opłaconą przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotę udziału własnego osoby niepełnosprawnej,		
5.	oświadczenie o dochodach wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z wnioskodawcą z ostatnich trzech miesięcy, poprzedzających miesiąc, w którym składany jest wniosek,		
6.	oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych,		
7.	oświadczenie o korzystaniu ze środków finansowych PFRON,		
8.	sprawdzenie poprawnie obliczonego dochodu.		

pieczęć imienna pracownika PCPR przyjmującego wniosek

data, podpis:

Zasady postępowania w sprawie przyznania dofinansowania ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny przyznawany osobom niepełnosprawnym

I. Informacje ogólne:

Niniejsze zasady określają:

- 1) Warunki jakie muszą spełniać Wnioskodawcy ubiegający się o dofinansowanie
- 2) Tryb składania i zasady rozpatrywania wniosków
- 3) Zasady ustalania wysokości i przekazywania środków Funduszu
- 4) Katalog zawierający wykaz urządzeń z zakresu sprzętu rehabilitacyjnego

Ilekcroc w niniejszych zasadach jest mowa o:

- 1) **Centrum** – oznacza Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie,
- 2) **Funduszu** – oznacza to Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
- 3) **Komisji** – oznacza to Komisję do spraw opiniowania wniosków o dofinansowanie ze środków Funduszu, powołaną przez dyrektora Centrum,
- 4) **Osobie niepełnosprawnej** – oznacza to osobę posiadającą:
 - a) orzeczenie o zaliczeniu do znacznego, umiarkowanego lub lekkiego stopnia niepełnosprawności,
 - b) orzeczenie o zaliczeniu do osób niepełnosprawnych, w przypadku osób, które nie ukończyły 16 roku życia,
 - c) orzeczenie o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy wydane przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
 - d) orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji wydane przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
 - e) orzeczenie o zaliczeniu do I, II lub III grupy inwalidów wydane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych przed dniem 1 stycznia 1998 r.,
 - f) orzeczenie o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydane przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przed dniem 1 stycznia 1998 r.
- 5) **Staroście** – oznacza to Starostę Wołomińskiego,
- 6) **Przeciętnym miesięcznym dochodzie obliczonym za kwartał** – oznacza to dochód w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 111 z późn. zm.) podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym i podzielony przez trzy miesiące,
- 7) **Przeciętnym wynagrodzeniu** – oznacza to przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce narodowej w poprzednim kwartale od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w formie komunikatu w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 53 z późn. zm.),
- 8) **Pprzęcie rehabilitacyjnym** – oznacza to sprzęt niezbędny do prowadzenia ćwiczeń i zabiegów rehabilitacyjnych mający za zadanie osiągnięcie przy aktywnym

uczestnictwie osoby niepełnosprawnej możliwie najwyższego poziomu jej funkcjonowania oraz integracji społecznej.

II. Warunki jakie muszą spełniać Wnioskodawcy ubiegający się o dofinansowanie:

1. O dofinansowanie ze środków Funduszu zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne jeżeli:
 - a) jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności,
 - b) zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu,
 - c) przeciętny miesięczny dochód obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, nie przekracza kwoty:
 - 50% przeciętnego wynagrodzenia na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym,
 - 65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej.
2. Osoba niepełnosprawna może uzyskać dofinansowanie do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu – potwierdzona zaświadczeniem lekarskim wydanym przez lekarza specjalistę (w szczególnie uzasadnionych przypadkach przez lekarza rodzinnego) oraz w/w sprzęt jest niezbędny do prowadzenia zajęć rehabilitacyjnych mających za zadanie osiągnięcie przy aktywnym uczestnictwie osoby niepełnosprawnej możliwie najwyższego poziomu jej funkcjonowania, jakości życia, integracji społecznej - potwierdzonego zaświadczeniem lekarskim, zgodnie z indywidualnymi potrzebami i możliwościami osoby niepełnosprawnej.
3. Osoba niepełnosprawna nie ma zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;
4. W okresie 3 lat przed złożeniem wniosku osoba niepełnosprawna nie była stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, która została rozwiązana z przyczyn leżących po jego stronie.
5. Wnioskodawca musi przedłożyć zaświadczenie lekarskie lekarza specjalisty potwierdzające, że sprzęt rehabilitacyjny wymieniony we wniosku jest niezbędny do prowadzenia rehabilitacji w miejscu zamieszkania wnioskodawcy – załącznik nr 2 do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny.
6. Raz na rok o dofinansowanie ze środków Funduszu zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny mogą ubiegać się również osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą, osoby prawne i jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej jeżeli:
 - a) prowadzą działalność związaną z rehabilitacją (określoną w ustawie o rehabilitacji) osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej dwóch lat przed dniem złożenia wniosku oraz
 - b) udokumentują posiadanie środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków Funduszu.
7. W przypadku niewystarczającej ilości środków finansowych z Funduszu w danym roku pierwszeństwo w rozpatrywaniu wniosków mają osoby niepełnosprawne, o których mowa w ust. 1 i 2. Wnioski podmiotów, o których mowa w ust. 4, rozpatrywane są wtedy raz na dwa lata.
8. Wnioskodawca starający się o dofinansowanie ze środków Funduszu ponosi pełną odpowiedzialność za działania wybranego przez siebie sprzedawcy urządzenia.
9. Dofinansowanie zaopatrzenia na taki sam sprzęt rehabilitacyjny Wnioskodawca można uzyskać raz na trzy lata. W przypadku awarii, zużycia zakupionego sprzętu Wnioskodawca

może ponownie ubiegać się o dofinansowanie na taki sam sprzęt, o ile udokumentuje brak możliwości jego naprawy.

III. Tryb składania i zasady rozpatrywania wniosków:

1. Wniosek o udzielenie dofinansowania zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny należy składać w siedzibie Centrum na właściwych wnioskach wraz z kompletem wymaganych załączników.
- a) Wniosek o dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny stanowi załącznik nr 6 do Zarządzenia nr 33/2020 Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie z dnia 16.11.2020 r.
- b) Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny dla osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, osób prawnych i jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej stanowi załącznik nr 7 do Zarządzenia nr 33/2020 Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie z dnia 16.11.2020 r.
2. Wniosek o dofinansowanie ze środków Funduszu zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny osoba niepełnosprawna można składać w każdym czasie, natomiast podmioty, o których mowa w części II ust. 6, w terminie do 30 listopada roku poprzedzającego realizację zadania.
3. Wnioskodawca może złożyć wniosek osobiście bądź przez pełnomocnika lub osobę upoważnioną do składania oświadczeń woli w imieniu danego podmiotu. W imieniu małoletnich osób niepełnosprawnych wniosek składa przedstawiciel ustawowy.
4. W przypadku złożenia niekompletnego wniosku Centrum występuje w ciągu 10 dni o jego uzupełnienie lub złożenie dodatkowych dokumentów w przypadku, gdy złożone dokumenty nie w pełni potwierdzają konieczność dofinansowania. Nie uzupełnienie wniosku w ciągu 30 dni powoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.
5. Wniosek rozpatrywany jest w terminie 30 dni od dnia złożenia kompletnego wniosku. Wnioskodawca informowany jest o sposobie rozpatrzenia w terminie 7 dni od dnia rozpatrzenia kompletnego wniosku.
6. Wniosek podlega ocenie formalnej i merytorycznej w oparciu o skalę punktową opracowaną przez Centrum.
7. Przyznawanie dofinansowania, do ocenionych pod względem formalnym i merytorycznym wniosków, prowadzone jest w miarę posiadanych środków finansowych.
8. W celu raportowania oraz kontroli wydawanych środków finansowych raz na kwartał odbywają się posiedzenia Komisji.
9. W przypadku zwiększenia w ciągu roku kalendarzowego środków finansowych Funduszu dofinansowanie przyznawane jest w pierwszej kolejności wnioskowi z poprzednich kwartałów, uprzednio nie zrealizowanych, aż do wyczerpania środków. Dofinansowanie przyznawane jest wówczas w kolejności odpowiadającej porządkowi realizacji wniosków w danych kwartałach.
10. W przypadku rezygnacji Wnioskodawcy z dofinansowania, niewykorzystane środki finansowe przechodzą na kolejne osoby z list rankingowych.
11. Decyzje o przyznaniu lub odmowie dofinansowania mogą być podejmowane po podjęciu przez Radę Powiatu Wołomińskiego uchwały dotyczącej podziału środków finansowych Funduszu na realizację zadań z zakresu rehabilitacji społecznej a w szczególnych

i uzasadnionych przypadkach Centrum, może podjąć decyzję o przyznaniu dofinansowania z otrzymanej zaliczki ze środków PFRON w danym roku.

11. Wnioskodawcom, którym nie zostało przyznane dofinansowanie z powodu niewystarczającej ilości środków finansowych Funduszu przeznaczonych na dane zadanie w roku rozpatrywania wniosku, muszą wystąpić o dofinansowanie ponownie, składając nowy wniosek i aktualizując wymagane załączniki.
12. Jeżeli wnioskodawca zmarł wniosek nie podlega dalszemu rozpatrywaniu.
13. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu kosztów zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.

IV. Zasady ustalania wysokości i przekazywania środków Funduszu:

1. Dofinansowanie ze środków Funduszu wynosi do 80% kosztów realizacji zadania (kosztów sprzętu), nie więcej niż do wysokości pięciokrotnego przeciętnego wynagrodzenia.
2. Wysokość dofinansowania zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny uzależniona jest od wysokości dochodu przypadającego na osobę w rodzinie lub dochodu osoby samotnie gospodarującej (pojęcie dochodu w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach rodzinnych) i kształtuje się następująco:
 - a) dofinansowanie w wysokości 80% kosztów sprzętu przy dochodzie
 - do 700 zł na osobę w rodzinie
 - do 1100 zł dla osoby samotnie gospodarującej,
 - b) dofinansowanie w wysokości 70% kosztów sprzętu przy dochodzie
 - od 701 zł do 1 400 zł na osobę w rodzinie
 - od 1 101 zł do 1 800 zł dla osoby samotnie gospodarującej,
 - c) dofinansowanie w wysokości 60% kosztów sprzętu przy dochodzie
 - od 1401 zł do 2.100 zł na osobę w rodzinie
 - od 1 801 zł do 2.500 zł dla osoby samotnie gospodarującej,
 - d) dofinansowanie w wysokości 50% kosztów sprzętu przy dochodzie
 - powyżej 2 100 zł na osobę w rodzinie
 - powyżej 2 500 zł dla osoby samotnie gospodarującej,
3. Wnioskodawca zobowiązany jest do zadeklarowania udziału środków własnych w wysokości stanowiącej minimum 20% ceny brutto sprzętu rehabilitacyjnego.
4. Urządzenia do prowadzenia rehabilitacji, których zakup będzie dofinansowany ze środków Funduszu muszą być wpisane przez Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych do Rejestru wyrobów medycznych i podmiotów odpowiedzialnych za ich wprowadzenie do obrotu i do używania.
5. Urządzenia i sprzęt rehabilitacyjny, który może być obsługiwany tylko przez osoby posiadające uprawnienia do prowadzenia rehabilitacji leczniczej (fizjoterapii) nie będą dofinansowane ze środków Funduszu.
6. Wysokość przyznanego dofinansowania, sposób wypłacenia oraz zasady rozliczania określa umowa.
7. Wnioskodawca obowiązany jest do powiadomienia Starosty lub Centrum w formie pisemnej o każdej zmianie mającej wpływ na realizację jego zobowiązań wynikających z umowy w terminie 7 dni od daty zaistnienia zdarzenia.
8. Przekazanie środków Funduszu nastąpi po dostarczeniu przez Wnioskodawcę oryginałów lub potwierdzonej kserokopii następujących dokumentów:
 - faktury VAT lub rachunku wystawionego na Wnioskodawcę przez sprzedawcę sprzętu rehabilitacyjnego, o terminie płatności nie krótszym niż 30 dni od daty wystawienia,

- z informacją o poniesionym wkładzie własnym, z poświadczeniem odbioru sprzętu rehabilitacyjnego oraz ewentualnym zamontowaniem w miejscu zamieszkania,
- faktury proforma wraz z dowodem wpłaty przez Wnioskodawcę udziału własnego (druk KP, potwierdzenie wpłaty, zaznaczenie na fakturze wpłacono gotówką udział własny w wysokości), dowodu uiszczenia ceny w całości.
- 8a W przypadku dostarczenia faktury proforma wnioskodawca zobowiązany jest do niezwłocznego dostarczenia faktury VAT po jej wystawieniu przez sprzedawcę.
9. Przekazanie przez Powiat środków Funduszu nastąpi w terminie do 30 dni od dnia złożenia wymaganych dokumentów, bezpośrednio przelewem na wskazany w fakturze VAT rachunek bankowy, a w przypadku zapłaty przez Wnioskodawcę ceny zakupu w całości na rachunek bankowy wskazany przez Wnioskodawcę bądź przekazem pocztowym na adres zamieszkania wskazany we wniosku.
10. Od odmowy o przyznaniu dofinansowania Wnioskodawcy nie przysługuje odwołanie w rozumieniu przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego.
11. Przedłożone dokumenty podlegają weryfikacji pod względem zgodności z wnioskiem, uzgodnionym kosztem oraz podpisaną umową.
12. W rozliczeniu nie uwzględnia się kosztów opłat i kar umownych, a także podatków od towarów i usług w przypadku płatników VAT.

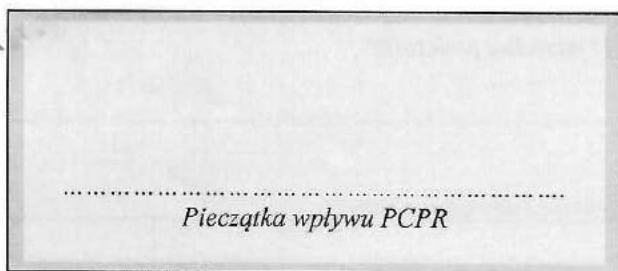
V. Katalog zawierający wykaz urządzeń z zakresu sprzętu rehabilitacyjnego:

1. Osoba niepełnosprawna, wobec której zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych może uzyskać dofinansowanie do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, który w szczególności obejmuje:
- a) rower rehabilitacyjny stacjonarny,
 - b) trójkołowy rower rehabilitacyjny,
 - c) urządzenia masujące,
 - d) urządzenia do kąpieli perełkowej,
 - e) piłki rehabilitacyjne,
 - f) piłki lekarskie,
 - g) trenery dłoni,
 - h) klocki, wałki, kliny, maty rehabilitacyjne,
 - i) pufy, worki rehabilitacyjny,
 - j) stepper,
 - k) rotory do ćwiczeń kończyn dolnych i górnych,
 - l) klocki i gry wypukłe oraz zabawki dźwiękowe – dla dzieci,
 - ł) rower tandem (przy znacznym stopniu niepełnosprawności).
 - m) łóżko rehabilitacyjne (w przypadku osób z dysfunkcją narządu ruchu z orzecznym znacznym bądź umiarkowanym stopniem niepełnosprawności).
2. Osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą, osoby prawne i jednostki organizacyjne nie posiadające osobowości prawnej, jeżeli prowadzą działalność związaną z rehabilitacją osób niepełnosprawnych, mogą otrzymać dofinansowanie do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, który w szczególności obejmuje:
- a) rower rehabilitacyjny stacjonarny,
 - b) rotory do ćwiczeń kończyn dolnych i górnych,
 - c) stepper,
 - d) atlas,
 - e) wanna z systemem do kąpieli perełkowej,
 - f) katedra biczy szkockich,

- g) bieżnia mechaniczna,
 - h) urządzenie do terapii ultradźwiękowej,
 - i) urządzenie do terapii polem magnetycznym,
 - j) suchy basen do rehabilitacji,
 - k) urządzenia masujące,
 - l) pas wibracyjny,
 - ł) stół do masażu klasycznego,
 - m) piłki lekarskie,
 - n) worek rehabilitacyjny (pufa rehabilitacyjna),
 - o) drabinki gimnastyczne,
 - p) materace do ćwiczeń,
 - r) mata rehabilitacyjna.
3. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, potwierdzonych przez lekarza specjalistę w zaświadczeniu lekarskim, dofinansowaniem ze środków Funduszu mogą być objęte zakupy innych przedmiotów i urządzeń z zakresu sprzętu rehabilitacyjnego nie wymienionych w katalogu, o którym mowa w ust. 1 i 2.
4. W przypadku złożenia wniosku o dofinansowanie sprzętu rehabilitacyjnego, który nie jest zawarty w katalogu, a jego zakup jest uzasadniony potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności i jest to potwierdzone zaświadczeniem lekarskim stwierdzającym zasadność ubiegania się o dofinansowanie, każdorazowo decyzję o dofinansowaniu będzie podejmowała Komisja.

VI. Postanowienia końcowe:

1. Starosta sprawuje nadzór nad wykorzystaniem środków Funduszu przekazywanych na dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny.
2. Na wniosek Starosty Centrum udziela informacji dotyczących sposobu i stopnia wykorzystania środków Funduszu.
3. Centrum zapewnia kontrolę nad prawidłowością wydatkowania środków.
4. Pozostałe warunki i wymogi nie zawarte w niniejszych zasadach określa:
 - a) ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 426 z późn. zm.),
 - b) rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatów, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (t. j. Dz. U. z 2015 r. poz. 926 z późn. zm.).



WNIOSEK

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

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

ORZECZENIE: czasowe do dnia, na stałe

I. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY (osoba niepełnosprawna)

Imię.....Nazwisko.....

Dataurodzeniar.

PESEL

Adres zamieszkania: ul.nr domum.

kod pocztowy.....MiejscowośćGmina.....

Powiat.....tel..... e-mail.....

Adres korespondencyjny (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania):
.....

II. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/ OPIEKUNA PRAWNEGO /PEŁNOMOCNIKA (wypełnić, jeśli wniosek dotyczy osoby niepełnoletniej, ubezwłasnowolnionej itp.)

Imię.....Nazwisko..... Dataurodzeniar.

PESEL

Adres zamieszkania (wypełnić jeżeli jest inny niż u Wnioskodawcy):
.....

Opiekun prawny ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia.....syg. akt

Pełnomocnik na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dnia.....Repet. Nr.....

III. Nazwa banku i numer konta bankowego Wnioskodawcy/przekaz pocztowy (w przypadku osoby małoletniej - opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego/pełnomocnika)* **właściwe podkreślić**

IV. Wniosek składam na powyższe zadanie :

(wstaw X we właściwej rubryce)

1. po raz pierwszy	
2. po raz drugi i kolejny i nie otrzymywał dofinansowania	
3. po raz drugi i kolejny i otrzymywał dofinansowanie	

V. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

(wstaw X we właściwej rubryce)

	TAKkorzystano			NIE korzystano	Dane zgodne z programem TYLDA (wypełnia pracownik PCPR)
	rok	Nr umowy	kwota		
na likwidację barier architektonicznych					
na likwidację barier technicznych					
na likwidację barier w komunikowaniu					
na uczestnictwo w turnusie rehabilitacyjnym					
na zakup przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych					
na zakup sprzętu rehabilitacyjnego					
na usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika					
z Programu Aktywny Samorząd					

.....
podpis i pieczęć pracownika
PCPR

VI. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i stan rozliczenia

(wstaw X we właściwej rubryce)

1. korzystałam/em i rozliczyłam/em się	
2. korzystałam/em i jestem w trakcie rozliczenia	
3. korzystałam/em i nie rozliczyłam/em się	

VII. Przedmiot dofinansowania (proszę podać nazwę i opis sprzętu rehabilitacyjnego)

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

Uzasadnienie wniosku

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

Miejsce realizacji zadania (adres zamieszkania)	
Przewidywany koszt realizacji zadania	
Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON (maksymalnie do 80% kosztów sprzętu, nie więcej jednak niż do wysokości pięciokrotnego przeciętnego wynagrodzenia)	

VIII. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z wnioskodawcą (w tym osoby niepełnosprawne)

Lp.	Nazwisko i imię	wiek	pokrewieństwo	niepełnosprawność		Dochód za kwartał (netto)**
				stopień	rodzaj	
1.	..... wnioskodawca		Nie dotyczy			
2.	UWAGA!					
3.	Nie należy wpisywać imion i nazwisk osób z którymi prowadzi się wspólne gospodarstwo domowe. Należy podać wyłącznie stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą i ich dochód miesięczny.					
4.						
5.						
6.						
7.						
RAZEM:						

****Dochód za kwartał:** Należy podać sumę dochodów osiągniętych za kwartał poprzedzającym miesiąc składania wniosku. Dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych po odliczeniu alimentów świadczonych na rzecz innych osób.

OŚWIADCZENIE:

Oświadczam, że:

- ❖ Informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- ❖ **Przeciętny miesięczny dochód (netto) rodziny** w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia, **podzielony przez liczbę.....osób we wspólnym gospodarstwie domowym,** wniosku wyniósł..... zł.
- ❖ Posiadam środki finansowe na wkład własny w wysokości wymaganej zasadami zadania. **Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że maksymalna wysokość dofinansowania ze środków PFRON wynosi do 80 % kosztów uznanych przez PCPR,**
- ❖ Nie ubiegam się i nie będę się ubiegał/a w roku bieżącym odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowy ze środków PFRON – za pośrednictwem innego realizatora na terenie innego samorządu powiatowego.

Uprowadzony/uprowadzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1444, z późn. zm.) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy 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

.....
data i czytelny podpis wnioskodawcy /przedstawiciela
ustawowego/opiekuna prawnego /pełnomocnika

**właściwe podkreślić*

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:

- kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, w przypadku dzieci do lat 16 – orzeczenie o niepełnosprawności, w przypadku orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym – kopia decyzji o przyznaniu zasiłku pielęgnacyjnego,
- kopia dokumentu potwierdzająca prawo występowania w imieniu osoby niepełnosprawnej (np. opiekun prawny, pełnomocnik, przedstawiciel ustawowy) – oryginał do wglądu,
- faktura Pro-Forma określająca koszt sprzętu rehabilitacyjnego
- zaświadczenie lekarskie wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w celu zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.

Oraz do wglądu :

- oryginały wymaganych dokumentów
- dowód osobisty wnioskodawcy/ opiekuna ustawowego

KLAUZULA INFORMACYJNA
dla osób ubiegających się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

W celu realizacji obowiązku wynikającego z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwane dalej RODO) prosimy o zapoznanie się z poniższymi informacjami

Administrator danych osobowych

Administratorem Pana/i danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie, ul. Legionów 78,05-200 Wołomin zwany dalej Administratorem.

Inspektor Ochrony Danych

Administrator Danych Osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych. We wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych, należy skontaktować się poprzez adres email: sekretariat@pcprwolomin.pl, pisemnie na adres siedziby Administratora Danych Osobowych.

Cele i podstawa prawna przetwarzania danych

Przetwarzanie Pana/i danych osobowych odbywa się

- a) Na podstawie z art. 6 ust.1 lit. a tj. udzielonej przez Pana/i zgody na udział w postępowaniu w sprawie ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
- b) Na podstawie z art. 6 ust.1 lit. c - wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa tj.:
 - Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 13 lutego 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U z 2020 poz. 426)
 - Obwieszczenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 czerwca 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U z 2015 poz. 926)

Odbiorcy danych osobowych

Pani/a dane osobowe mogą być przekazywane następującym kategoriom odbiorców:

- a) Właściwym organom, sądom oraz instytucjom państwowym i samorządowym lub innym instytucjom wykonującym powierzone zadania publiczne, jeżeli obowiązek ujawnienia/przekazania danych wynika z obowiązujących przepisów prawa lub jest to niezbędne celem dochodzenia praw lub roszczeń Administratora Danych Osobowych

Przekazywanie danych poza Europejski Obszar Gospodarczy (EOG):

Administrator Danych Osobowych nie przekazuje Pana/Pani danych do państw trzecich tj. poza terytorium EOG (obejmujący Unie Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).

Okres przechowywania danych

Dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany przepisami prawa, lub do czasu odwołania zgody.

Prawa osoby, której dane dotyczą

Przysługuje Panu/i prawo żądania od Administratora danych osobowych dostępu do swoich danych osobowych, prawo do sprostowania (poprawienia), usunięcia danych jednakże z ograniczeniem tego prawa w myśl art. 17 RODO, ograniczenia przetwarzania danych (wstrzymania operacji na danych lub nieusuwania danych w zależności od złożonego wniosku), prawo do przenoszenia danych osobowych, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania państwa danych na potrzeby marketingu bezpośredniego. W celu skorzystania z powyższych praw, należy skontaktować się poprzez kanały komunikacji wskazane w pkt. Administrator danych osobowych

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Może Pan/i również wnieść skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, w przypadku niezgodnego z przepisami prawa przetwarzania danych osobowych.

Zgoda

W przypadku, gdy wykorzystywane przez nas Państwa dane nie są konieczne do realizacji obowiązku prawnego lub nie stanowi Naszego prawnie uzasadnionego interesu przysługuje Panu/i prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie, w zakresie w jakim Pana/i dane osobowe są przetwarzane na podstawie udzielonej zgody na przetwarzanie danych osobowych. Wycofanie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie Pana/i zgody przed jej wycofaniem.

Czy podanie danych jest obowiązkowe?

Przetwarzanie pozyskanych od Pana/i danych opiera się na zasadzie dobrowolności, jednakże odmowa podania danych niemożliwi Panu/i dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Zautomatyzowane podejmowanie decyzji

Pana/i dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Oświadczam, że otrzymałem/am Klauzulę informacyjną od Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie dla osób ubiegających się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i zapoznałem/am się z jej treścią.

.....
(miejsowość i data)

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela
ustawowego/opiekuna prawnego/pełnomocnika)

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

**ZASWIADCZENIE LEKARSKIE WYDANE DLA POTRZEB POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY
RODZINIE W CELU ZAKUPU SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO**

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Adres: nr kodu-..... miejscowość

ulica nr domunr lokalu

gmina powiat

Nr dowodu tożsamości

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji*:

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

Zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny:

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

Uzasadnienie konieczności zaopatrzenia w w/w sprzęt rehabilitacyjny:

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

.....
(data)

.....
(pieczęćka i podpis lekarza specjalisty)

*Właściwie zaznaczyć

**Skala punktowa rozpatrywania wniosków
o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny**

		Liczba punktów	Przyznane punkty
Wniosek składany jest na dany cel			
1.	po raz pierwszy	8	
2.	po raz drugi i kolejny i nie otrzymywał dofinansowania	8	
3.	po raz drugi i kolejny i otrzymywał dofinansowanie	0	
Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik			
1.	Orzeczenie o niepełnosprawności (dzieci do 16 lat)	8	
2.	znaczny	8	
3.	umiarkowany	4	
4.	lekki	1	
Ilość symboli niepełnosprawności			
1.	Jeden symbol niepełnosprawności	1	
2.	Dwa symbole niepełnosprawności	2	
3.	Trzy symbole niepełnosprawności	3	
Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje			
1.	samotnie	8	
2.	wspólnie	4	
3.	z osobami niepełnosprawnymi	6	
Średni dochód miesięczny w rodzinie			
1.	do 700,00 zł	8	
2.	od 701,00 - do 1.400,00 zł	6	
3.	od 1401,00 do 2100,00 zł	4	
4.	powyżej 2100,00 zł	2	
Średni dochód miesięczny dla osoby samotnej			
1.	do 1100,00 zł	8	
2.	od 1101,00 do 1800,00 zł	6	
3.	od 1801,00 do 2500,00 zł	4	
4.	powyżej 2500,00 zł	2	
Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych			
1.	nie korzystał	8	
2.	korzystał ze środków Funduszu na inne zadania, niż będące przedmiotem wniosku	4	
3.	korzystał na to samo zadanie	0	
LICZBA UZYSKANYCH PUNKTÓW			

Ocena wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON

Data weryfikacji formalnej wniosku:		...../ 20..... r.
Weryfikacja formalna wniosku:	<input type="checkbox"/> pozytywna	<input type="checkbox"/> negatywna
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia:	<input type="checkbox"/> - tak	<input type="checkbox"/> - nie
Uzupełniono w dniu/ 20..... r.		

*pieczętka imienna pracownika PCPR dokonującego
weryfikacji formalnej wniosku*

Data, podpis

WYPEŁNIA POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE

OCENA WNIOSKU O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

<i>OCENA FORMALNA I MERYTORYCZNA WNIOSKU</i>			
	Liczba punktów ogółem	Proponowana kwota dofinansowania (w złotych)	Decyzja o przyznaniu dofinansowania
..... Pieczętka imienna, data, podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku	pozytywna: <input type="checkbox"/> negatywna: <input type="checkbox"/> Pieczętka imienna, data, podpis osoby upoważnionej do podejmowania decyzji

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

--

.....20..... r.
data

.....
podpisy osób podejmujących decyzję

Do wniosku załączono wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania (dotyczy wniosków, których realizacja wymaga podpisania umowy)

pieczętki imienne pracowników PCPR przygotowujących umowę

data, podpis:

pieczętka imienna Dyrektora PCPR

data, podpis:

WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW - SPRZĘT REHABILITACYJNY

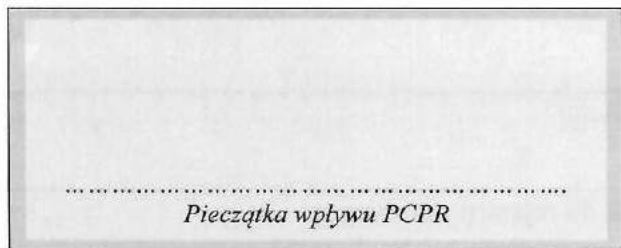
(Załączniki wymagane do wniosku- wypełnia PCPR)

Nr sprawy.....

Lp.	Nazwa załącznika	Załączniki złożone w dniu przyjęcia wniosku TAK/NIE	Data uzupełnienia
1.	kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, w przypadku dzieci do lat 16 – orzeczenie o niepełnosprawności,		
2.	kopia dokumentu potwierdzająca prawo występowania w imieniu osoby niepełnosprawnej (np. opiekun prawny, pełnomocnik, przedstawiciel ustawowy),		
3.	zaświadczenie lekarskie wypełnione przez lekarza specjalistę,		
4.	oświadczenie o dochodach wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z wnioskodawcą z ostatnich trzech miesięcy, poprzedzających miesiąc, w którym składany jest wniosek,		
5.	oświadczenie o posiadaniu środków na wkład własny, jeżeli taki występuje,		
6.	oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych,		
7.	faktura Pro- Forma określająca koszt zakup sprzętu rehabilitacyjnego		
8.	sprawdzenie poprawnie obliczonego dochodu		

pieczęć imienna pracownika PCPR przyjmującego wniosek

data, podpis:



WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny
(wypełniają osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą, osoby prawne, jednostki
organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej)

CZĘŚĆ I: INFORMACJE O WNIOSKODAWCY

I.A.: Dane dotyczące Wnioskodawcy: (wypełnić drukowanymi literami)

Pełna nazwa Wnioskodawcy:	
REGON:	NIP:
Ulica:	Nr:
Miejscowość:	Nr kodu:
Nr telefonu:	Nr faxu:
Adres email:	Osoba upoważniona do prowadzenia sprawy: (imię i nazwisko, stanowisko, dokument tożsamości-seria i nr, data wydania, organ wydający, PESEL) :
Osoby uprawnione do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych Wnioskodawcy	
<i>pieczęć imienna i podpis</i>	<i>pieczęć imienna i podpis</i>

I.B.: Informacje uzupełniające o Wnioskodawcy: (wypełnić drukowanymi literami)

Organ założycielski:	
Data rozpoczęcia działalności:	Status prawny:
Nr rejestru sądowego:	Data wpisu do rejestru sądowego:
Nazwa banku i Numer konta bankowego:	
Źródła finansowania działalności Wnioskodawcy:	
Syntetyczna charakterystyka działalności Wnioskodawcy (cel działania, teren działania, liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością z uwzględnieniem dzieci i młodzieży, liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej, znaczenie działalności dla osób niepełnosprawnych):	
Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności: <input type="checkbox"/> zawodowej <input type="checkbox"/> leczniczej <input type="checkbox"/> społecznej	
Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT: TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
Czy wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON: TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
Podstawa zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON	
Czy wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON: TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
Kwota zaległości w zł	
Wnioskodawca zatrudnia osoby ogółem (w przeliczeniu na etaty)	.....etatów
Wnioskodawca zatrudnia osoby niepełnosprawne (w przeliczeniu na etaty)	.....etatów
Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych(liczba osób zatrudnionych/liczba osób niepełnosprawnych)%
Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością rehabilitacyjną (przeciętnie w miesiącu) w tym :	
do 18 lat	powyżej 18 lat

I.C.: Informacja o korzystaniu ze środków PFRON:

Czy Wnioskodawca ubiegał się o dofinansowanie z PFRON ?					TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Numer umowy i data zawarcia	Kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	Źródło	
Razem		Razem kwota rozliczona				

CZĘŚĆ II: INFORMACJE O PRZEDMIOCIE WNIOSKU**II.A.: Informacja o wnioskowanym zadaniu:**

Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania(<i>należy opisać zadanie na jakie przeznaczone zostanie dofinansowanie</i>):			
Nazwa	ilość sztuk	Cena jednostkowa	Wartość ogółem zakupu
Przewidywany koszt ogólny zakupu w zł:			
Deklarowane własne środki w zł:			
Inne źródła finansowania ogółem w zł:			
Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON w zł:			

II.B.: Dane dotyczące dofinansowania

Miejsce realizacji zadania (instalacji sprzętu):	Termin:
Przewidywany efekt :	
Liczba osób niepełnosprawnych ogółem: .....w tym ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub I grupą	
Do lat 18:	Powyżej lat 18:

II.C.: Wniosek jest składany:*(wstaw X we właściwej rubryce)*

1. po raz pierwszy	
2. po raz drugi i kolejny i nie otrzymywał dofinansowania	
3. po raz drugi i kolejny i otrzymywał dofinansowanie	

II.D.: Informacje uzupełniające o przedmiocie wniosku:**Informacje o posiadanych zasobach rzeczowych i kadrowych wskazujących na możliwość wykonania zadania:***A) zabezpieczenie pomieszczeń, w których zostanie zainstalowany wnioskowany sprzęt:**B) zatrudnienie wykwalifikowanej kadry niezbędnej do wykorzystania sprzętu:*

Przewidywane efekty: *(należy wykazać, że realizacja zadania umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobom niepełnosprawnym wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem oraz, że jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności)*

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki części I i II, 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.

Upředzony/upředzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1444, z późn. zm.) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy 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.

.....
Data, miejscowość

.....
podpis osoby upoważnionej do złożenia wniosku

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:

- Dokument potwierdzający formę prawną wnioskodawcy
- Dokumenty potwierdzające prowadzenie działalności na rzecz osób niepełnosprawnych (w tym dzieci i młodzieży) przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku (statut podmiotu lub regulamin organizacyjny),
- Oświadczenie, że wnioskodawca nie posiada zaległości wobec PFRON,
- REGON i NIP,
- Faktura proforma na wnioskowany sprzęt rehabilitacyjny,
- Udokumentowany sposób reprezentacji (pełnomocnictwo dla osób uprawnionych do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych),
- udokumentowane posiadanie konta bankowego,
- udokumentowane posiadanie środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł, innych niż PFRON,
 - podmiot prowadzący działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej do wniosku dołącza:
 - zaświadczenie o pomocy de minimis otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o nieskorzystaniu z pomocy de minimis w tym okresie,
 - informację o każdej pomocy innej niż de minimis, jaką otrzymał w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc de minimis,
 - oświadczenie, że nie jest przedsiębiorcą znajdującym się w trudnej sytuacji ekonomicznej, według kryteriów określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących udzielania pomocy.
- Pracodawca prowadzący zakład pracy chronionej – do wniosku dołącza:
 - potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej,
 - informację o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku,
 - informację o każdej pomocy innej niż de minimis, jaką otrzymał w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc de minimis,
- załączniki do wniosku opracowane przez PCPR (nr 1,2,3)

Oraz do wglądu :

oryginały wymaganych dokumentów
dokument tożsamości osób uprawnionych do reprezentacji

KLAUZULA INFORMACYJNA dla osób ubiegających się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

W celu realizacji obowiązku wynikającego z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwane dalej RODO) prosimy o zapoznanie się z poniższymi informacjami

Administrator danych osobowych

Administratorem Pana/i danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie, ul. Legionów 78,05-200 Wołomin zwany dalej Administratorem.

Inspektor Ochrony Danych

Administrator Danych Osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych. We wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych, należy skontaktować się poprzez adres email: sekretariat@pcprwolomin.pl, pisemnie na adres siedziby Administratora Danych Osobowych.

Cele i podstawa prawna przetwarzania danych

Przetwarzanie Pana/i danych osobowych odbywa się

- a) Na podstawie z art. 6 ust.1 lit. a tj. udzielonej przez Pana/i zgody na udział w postępowaniu w sprawie ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
- b) Na podstawie z art. 6 ust.1 lit. c - wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa tj.:
 - Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 13 lutego 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U z 2020 poz. 426)
 - Obwieszczenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 czerwca 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U z 2015 poz. 926)

Odbiorcy danych osobowych

Pani/a dane osobowe mogą być przekazywane następującym kategoriom odbiorców:

- a) Właściwym organom, sądom oraz instytucjom państwowym i samorządowym lub innym instytucjom wykonującym powierzone zadania publiczne, jeżeli obowiązek ujawnienia/przekazania danych wynika z obowiązujących przepisów prawa lub jest to niezbędne celem dochodzenia praw lub roszczeń Administratora Danych Osobowych

Przekazywanie danych poza Europejski Obszar Gospodarczy (EOG):

Administrator Danych Osobowych nie przekazuje Pana/Pani danych do państw trzecich tj. poza terytorium EOG (obejmujący Unie Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).

Okres przechowywania danych

Dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany przepisami prawa, lub do czasu odwołania zgody.

Prawa osoby, której dane dotyczą

Przysługuje Panu/i prawo żądania od Administratora danych osobowych dostępu do swoich danych osobowych, prawo do sprostowania (poprawienia), usunięcia danych jednakże z ograniczeniem tego prawa w myśl art. 17 RODO, ograniczenia przetwarzania danych (wstrzymania operacji na danych lub nieusuwania danych w zależności od złożonego wniosku), prawo do przenoszenia danych osobowych, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania państwa danych na potrzeby marketingu bezpośredniego. W celu skorzystania z powyższych praw, należy skontaktować się poprzez kanały komunikacji wskazane w pkt. Administrator danych osobowych

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Może Pan/i również wnieść skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, w przypadku niezgodnego z przepisami prawa przetwarzania danych osobowych.

Zgoda

W przypadku, gdy wykorzystywane przez nas Państwa dane nie są konieczne do realizacji obowiązku prawnego lub nie stanowi Naszego prawnie uzasadnionego interesu przysługuje Panu/i prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie, w zakresie w jakim Pana/i dane osobowe są przetwarzane na podstawie udzielonej zgody na przetwarzanie danych osobowych. Wycofanie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie Pana/i zgody przed jej wycofaniem.

Czy podanie danych jest obowiązkowe?

Przetwarzanie pozyskanych od Pana/i danych opiera się na zasadzie dobrowolności, jednakże odmowa podania danych uniemożliwi Panu/i dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Zautomatyzowane podejmowanie decyzji

Pana/i dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Oświadczam, że otrzymałem/am Klauzulę informacyjną od Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie dla osób ubiegających się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i zapoznałem/am się z jej treścią.

.....
(miejsowość i data)

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela
ustawowego/opiekuna prawnego/pełnomocnika)



OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

o posiadaniu środków na wkład własny

(dotyczy wnioskodawców ubiegających się o dofinansowanie ze środków PFRON)

w celu dofinansowania do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny.

Niniejszym oświadczam, że Ja

(imię i nazwisko)

uprawniony do reprezentowania

(pełna nazwa podmiotu)

posiadam środki finansowe na wkład własny w wysokości wymaganej zasadami
zadania pod nazwą.....

**Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że maksymalna wysokość dofinansowania ze środków
PFRON wynosi do 80% kosztów uznanych przez PCPR.**

Wkładu własnego nie będą stanowiły środki PFRON uzyskane z innych źródeł.

**Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 k.k.) oświadczam, że
informacje zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.**

(art. 233 §1. Kto, składając zeznanie mające służyć jako dowód w postępowaniu sądowym lub w innym
postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze
pozbawienia wolności do lat 3.

art. 233 § 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich
uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego
przyrzeczenie).

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęćka osób upoważnionych do reprezentowania wnioskodawcy)

Oświadczenie

Stosownie do § 9 ust. 1 rozporządzenia MPiPS z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON (t. j. Dz. U. z 2015r. poz. 926 z późn. zm.) oświadczam, że

(pełna nazwa podmiotu)

.....
nie posiada zaległości wobec PFRON oraz w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku nie był stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć osób upoważnionych do reprezentowania wnioskodawcy)

Skala punktowa rozpatrywania wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, osób prawnych i jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej

		Liczba punktów	Przyznane punkty
Wniosek składany jest na dany cel			
1.	po raz pierwszy	8	
2.	po raz drugi i kolejny i nie otrzymywał dofinansowania	8	
3.	po raz drugi i kolejny i otrzymywał dofinansowanie	0	
Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych			
1.	nie korzystał	8	
2.	korzystał ze środków Funduszu na inne zadania, niż będące przedmiotem wniosku	4	
3.	korzystał na to samo zadanie	0	
Efekty realizacji zadania			
1.	Cele zadania umożliwią lub w znacznym stopniu ułatwią osobom niepełnosprawnym wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem	zdecydowanie tak	2
		umiarkowanie	1
2.	Cele zadania są dobrane i uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności	zdecydowanie tak	2
		umiarkowanie	1
Załączniki wymagane do wniosku (sport, kultura, rekreacja, turystyka)			
1.	Wniosek zawiera wszystkie załączniki w dniu złożenia wniosku	1	
LICZBA UZYSKANYCH PUNKTÓW			

Ocena wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON

Data weryfikacji formalnej wniosku:		...../ 20..... r.
Weryfikacja formalna wniosku:	<input type="checkbox"/> pozytywna	<input type="checkbox"/> negatywna
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia:	<input type="checkbox"/> - tak	<input type="checkbox"/> - nie
Uzupełniono w dniu/ 20..... r.		

pieczętka imienna pracownika PCPR dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

Data, podpis

**WYPEŁNIA POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE
DECYZJA O PRZYZNANIU DOFINANSOWANIA :**

<i>OCENA FORMALNA I MERYTORYCZNA WNIOSKU</i>			
	Liczba punktów ogółem	Proponowana kwota dofinansowania (w złotych)	Decyzja o przyznaniu dofinansowania
..... Pieczętka imienna, data, podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku	pozytywna: <input type="checkbox"/> negatywna: <input type="checkbox"/> Pieczętka imienna, data, podpis osoby upoważnionej do podejmowania decyzji

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

.....20..... r.
data

.....
podpisy osób podejmujących decyzję

Do wniosku załączono wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania (dotyczy wniosków, których realizacja wymaga podpisania umowy)

*pieczętki imienne pracowników PCPR
przygotowujących umowę*

data, podpis:

pieczętka imienna Dyrektora PCPR

data, podpis:

str. 12

WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW - SPRZĘT REHABILITACYJNY

(dla osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, osób prawnych i jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej)

(Załączniki wymagane do wniosku- wypełnia PCPR)

Nr sprawy.....

Lp.	Nazwa załącznika	Załączniki złożone w dniu przyjęcia wniosku TAK/NIE	Data uzupełnienia
1.	Aktualny wypis z Krajowego Rejestru Sądowego /ważny 3 miesiące/		
2.	Statut		
3.	REGON, NIP		
4.	Dokumenty potwierdzające prowadzenie działalności na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat		
5.	Udokumentowane posiadanie środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł (na sfinansowanie części nie objętej dofinansowaniem PFRON, do każdego zadania)		
6.	Udokumentowanie posiadania konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach		
7.	Dokument o zatrudnieniu wykwalifikowanej kadry		
8.	Sposób reprezentacji /pełnomocnictwo/		
9.	Załącznik nr 1 - „Oświadczenie wnioskodawcy o posiadaniu środków na wkład własny”		
10.	Załącznik nr 2 - „Oświadczenie o niezaleganiu w stosunku do PFRON”		
11.	Faktury proforma		
W przypadku gdy wnioskodawca jest przedsiębiorcą:			
12.	Informacja o pomocy publicznej udzielonej w okresie trzech kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku		
W przypadku gdy wnioskodawca jest pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej:			
13.	Informacja o pomocy publicznej udzielonej w okresie trzech kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku		
14.	Potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej		
15.	Informację o sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku		

pieczętka imienna pracownika PCPR przyjmującego wniosek

data, podpis:

Zasady postępowania w sprawie przyznania dofinansowania ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych

I. Informacje ogólne:

Niniejsze zasady określają:

1. Warunki jakie muszą spełniać Wnioskodawcy ubiegający się o dofinansowanie
2. Tryb składania i zasady rozpatrywania wniosków
3. Zasady przyznawania dofinansowania
4. Zasady przekazania i rozliczania dofinansowania
5. Katalog kosztów kwalifikowanych możliwych do dofinansowania ze środków Fundusz w ramach zadania sport, kultura, turystyka i rekreacja osób niepełnosprawnych
6. Zasady sprawowania kontroli nad wykorzystaniem środków Funduszu

Ilekcroć w niniejszych zasadach jest mowa o:

1. **Centrum** – oznacza to Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie,
2. **Funduszu** – oznacza to Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
3. **Komisji** – oznacza to Komisję do spraw opiniowania wniosków o dofinansowanie ze środków Funduszu, powołaną przez dyrektora Centrum,
4. **Osobie niepełnosprawnej** – oznacza to osobę posiadającą:
 - a. orzeczenie o zaliczeniu do znacznego, umiarkowanego lub lekkiego stopnia niepełnosprawności,
 - b. orzeczenie o zaliczeniu do osób niepełnosprawnych, w przypadku osób, które nie ukończyły 16 roku życia,
 - c. orzeczenie o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy wydane przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
 - d. orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji wydane przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
 - e. orzeczenie o zaliczeniu do I, II lub III grupy inwalidów wydane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych przed dniem 1 stycznia 1998 r.,
 - f. orzeczenie o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydane przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przed dniem 1 stycznia 1998 r.
5. **Staroście** – oznacza to Starostę Wołomińskiego,
6. **Organizacji sportu** – oznacza to formę aktywności człowieka, mającą na celu doskonalenie jego sił psychofizycznych, indywidualnie lub zbiorowo, według reguł umownych,

7. **Organizacji kultury** – oznacza to działalność kulturalną polegającą na wspieraniu i promocji twórczości, edukacji i oświaty kulturalnej, działań i inicjatyw kulturalnych oraz na ochronie dziedzictwa kultury. Formami organizacyjnymi działalności kulturalnej są w szczególności: teatry, opery, operetki, filharmonie, orkiestry, kina, muzea, biblioteki, domy kultury, ogniska artystyczne, galerie sztuki oraz ośrodki badań i dokumentacji w różnych dziedzinach kultury. Działalność ta może być również prowadzona w formie klubów, świetlic, domów kultury i bibliotek. W zakres tego pojęcia wchodzi: widowiska, akcje oświatowe, rozrywkowe oraz imprezy artystyczne lub rozrywkowe,
8. **Rekreacji ruchowej** – oznacza to formę aktywności fizycznej, podejmowaną dla wypoczynku i odnowy sił psychofizycznych. Zadania z zakresu rehabilitacji przez rekreację powinny być realizowane przez: m.in. popularyzację walorów rekreacji ruchowej, organizowanie zajęć, zawodów i imprez sportowo-rekreacyjnych,
9. **Turystyce** – oznacza to zorganizowane, zbiorowe lub indywidualne wyjazdy poza miejsce stałego zamieszkania, wędrowki po obcym terenie, mające cele krajoznawcze lub będące formą czynnego wypoczynku,
10. **Imprezie turystycznej** – oznacza to co najmniej dwie usługi turystyczne tworzące jednolity program i objęte wspólną ceną, jeżeli usługi te obejmują nocleg lub trwają ponad 24 godziny albo jeżeli program przewiduje zmianę miejsca pobytu,
11. **Wycieczce** – oznacza to rodzaj imprezy turystycznej, której program obejmuje zmianę miejsca pobytu jej uczestników.

II. Warunki jakie muszą spełniać Wnioskodawcy ubiegający się o dofinansowanie:

1. O dofinansowanie organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych ze środków Funduszu mogą ubiegać się osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą, osoby prawne i jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej, jeżeli:
 - a. prowadzą działalność na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku;
 - b. udokumentują zapewnienie odpowiednich do potrzeb osób niepełnosprawnych warunków technicznych i lokalowych do realizacji zadania;
 - c. udokumentują posiadanie środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków Funduszu;
 - d. nie posiadają wymagalnych zobowiązań wobec Funduszu.
2. Dofinansowanie organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych nie jest możliwe, jeżeli:
 - a. wnioskodawca ma zaległości wobec Funduszu;
 - b. w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku wnioskodawca był stroną umowy z Funduszem, rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie wnioskodawcy.

III. Tryb składania i zasady rozpatrywania wniosków:

1. Wniosek o udzielenie dofinansowania organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki ostemplowany pieczętą wnioskodawcy oraz pieczętami imiennymi osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w zakresie praw i obowiązków majątkowych wnioskodawcy należy składać w siedzibie Centrum na właściwych drukach wraz z kompletem wymaganych załączników. Wzór wniosku na dofinansowanie organizacji do sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych stanowi załącznik nr 4 do Zarządzenia nr 33/2020 Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie z dnia 16.11.2020 r.
2. Termin złożenia wniosku upływa 30 listopada roku poprzedzającego realizację zadania. Wnioski mogą dotyczyć osób niepełnosprawnych zamieszkałych na terenie działania Powiatu Wołomińskiego.
3. Wnioskodawcy nie posiadający osobowości prawnej składają wnioski wraz z opinią i pełnomocnictwem swych organów nadrzędnych.
4. W przypadku złożenia niekompletnego wniosku Centrum występuje w ciągu 10 dni o jego uzupełnienie lub złożenie dodatkowych dokumentów w przypadku, gdy złożone dokumenty nie w pełni potwierdzają konieczność dofinansowania. Nie uzupełnienie wniosku w ciągu 30 dni powoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.
5. Za datę złożenia wniosku przyjmuje się datę skompletowania w Centrum wszystkich wymaganych załączników.
6. W przypadku, gdy złożone dokumenty nie w pełni potwierdzają konieczność udzielenia dofinansowania Centrum może wezwać wnioskodawców do złożenie dodatkowych dokumentów i udzielenia potrzebnych informacji w sprawie przedmiotu wniosku.
7. Rozpatrzenie wniosku nie podlega przepisom kodeksu postępowania administracyjnego.
8. Wniosek podlega ocenie formalnej i merytorycznej w oparciu o skalę punktową opracowaną przez Centrum.
9. Przyznawanie dofinansowania, do ocenionych pod względem formalnym i merytorycznym wniosków, prowadzone jest w miarę posiadanych środków finansowych.
10. Nie podlegają rozpatrzeniu wnioski:
 - a. niekompletne,
 - b. wnioskodawców, którzy w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, byli stroną umowy z Funduszem rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie wnioskodawcy,
 - c. wnioskodawców posiadających zaległości wobec Funduszu.
11. Wniosek zostaje rozpatrzony negatywnie w przypadku, gdy:
 - a. program merytoryczny lub celowość organizacji zadania nie jest zgodny z celami określonymi w niniejszych zasadach,
 - b. wyczerpany został limit środków przeznaczonych na dofinansowanie sportu, kultury, turystyki i rekreacji osób niepełnosprawnych.
12. Centrum nie refunduje kosztów związanych z przygotowaniem wniosku.

IV. Zasady przyznawania dofinansowania:

1. Wysokość dofinansowania wynosi do 60% kosztów przedsięwzięcia, pod warunkiem posiadania przez wnioskodawcę pozostałych co najmniej 40% środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł.
2. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie.
3. Wniosek, podlega ocenie w oparciu o skalę punktową opracowaną przez Centrum.
4. Zakres rzeczowy i finansowy zadania określa kosztorys.
5. Wnioskodawca powinien jednoznacznie określić, które pozycje kosztorysu mają być sfinansowane ze środków Funduszu.
6. Przekroczenie kosztów ponad wysokość określoną w uznanym kosztorysie, także w przypadkach, gdy dla prawidłowej realizacji zadania niezbędne było wykonanie dodatkowych usług czy zakupu materiałów lub urządzeń, wnioskodawca pokrywa ze środków własnych.
7. Wnioskodawca zobowiązany jest do powiadomienia Centrum w formie pisemnej, o każdej zmianie mającej wpływ na termin lub zakres realizacji jego zobowiązań, w terminie 7 dni od zaistnienia zdarzenia.
8. Decyzję o przyznaniu lub odmowie przyznania środków podejmuje Centrum.
9. O przyznaniu bądź odmowie przyznania środków Centrum powiadamia pisemnie wnioskodawcę. Od decyzji Centrum nie przysługuje odwołanie.

V. Zasady przekazania i rozliczania dofinansowania:

1. Podstawę dofinansowania organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki ze środków Funduszu stanowi pisemna umowa zawarta pomiędzy starostą a wnioskodawcą. Przekazanie środków Funduszu następuje na podstawie w/w umowy.
2. Umowy na w/w dofinansowanie zawierane będą w okresie roku budżetowego, w którym uchwalono środki na powyższe dofinansowanie zgodnie z uchwałą Rady Powiatu Wołomińskiego w sprawie określenia zadań, na które przeznaczają się środki Funduszu.
3. Przekazanie środków Funduszu następuje zgodnie z zapisami umowy, przelewem na wskazane przez wnioskodawcę konto na rachunku własnym, wynikające z dokumentów finansowych.
4. Przelew dokonywany jest po dostarczeniu przez wnioskodawcę faktur lub rachunków, wystawionych na wnioskodawcę, o terminie płatności nie krótszym niż 30 dni od daty ich wystawienia, opatrzonych przez pracownika Działu ds. Osób Niepełnosprawnych Centrum klauzulą "płatne ze środków PFRON w wysokości...".
5. W uzasadnionych sytuacjach dopuszcza się możliwość zaliczkowego przekazania środków według następujących zasad:
 - a. pierwsza transza zaliczkowo do wysokości 50% przyznanego dofinansowania,
 - b. przekazanie drugiej transzy po rozliczeniu przez wnioskodawcę co najmniej 75% transzy pierwszej i uznaniu tego rozliczenia przez Centrum,

- c. przekazanie każdej następnej transzy po rozliczeniu przez wnioskodawcę co najmniej 75% ostatniej transzy i całkowitym rozliczeniu transz wcześniejszych,
 - d. nie rozliczenie przez Wnioskodawcę albo nie uznanie przez Centrum rozliczenia części kwot przekazanych we wcześniejszych transzach, upoważnia Centrum do przekazania transzy następnej w wysokości zmniejszonej o kwotę nierozliczoną lub kwotę której rozliczenia Centrum nie uznało.
6. Wnioskodawca zobowiązany jest do:
 - a. przedłożenia w Centrum dokumentów rozliczeniowych, w terminie 14 dni od daty ich wystawienia,
 - b. przedstawienia w Centrum dowodów wydatkowania środków własnych i/lub z innych źródeł na realizację imprezy, jako podstawy do wypłacenia kwoty określonej w umowie o dofinansowanie.
7. Przekazanie środków finansowych następuje w terminie 14 dni od dnia złożenia wymaganego kompletu dokumentów.
8. Wnioskodawca zobowiązany jest prowadzić wydzielone subkonto na rachunku bankowym dla środków Funduszu oraz prowadzić ewidencję księgową w sposób umożliwiający jednoznaczne określenie przeznaczenia kwot przekazanych przez Centrum.
9. W rozliczeniu nie uwzględnia się kosztów opłat i kar umownych, a także podatku od towarów i usług, w przypadku wnioskodawców będących płatnikami VAT.
10. Wnioskodawca zobowiązany jest przy korzystaniu ze środków Funduszu do stosowania zasad postępowania określonych w ustawie o Prawie zamówień publicznych lub zasadzie konkurencji.
11. Rozliczenie dofinansowania odbywa się zgodnie z zapisami umowy. Do końcowego rozliczenia dofinansowania wnioskodawca zobowiązany jest przedłożyć rozliczenie finansowe zadania oraz sprawozdanie merytoryczne. Wzór sprawozdania stanowi Załącznik nr 8 do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych.
12. Rozliczenia finansowe powinny zawierać:
 - a. zestawienie dokumentów potwierdzających wydatkowanie środków funduszu w odniesieniu do pozycji kosztorysu,
 - b. zestawienie obejmujące:
 - nazwę zadania,
 - koszt realizacji zadania,
 - kwotę przyznaną przez Centrum,
 - kwotę środków Funduszu faktycznie wydaną na realizację imprezy,
 - udział innych niż środki Funduszu źródeł finansowania zadania (nazwę źródła i kwotę wydatkowaną),
 - c. sprawozdanie merytoryczne powinno zawierać:
 - opis zadania,
 - określenie terminu realizacji zadania,
 - liczbę osób niepełnosprawnych bezpośrednio i pośrednio korzystających z dofinansowania,

- ocenę efektów dofinansowania.
13. Dokumenty składające się na końcowe rozliczenie dofinansowania powinny być podpisane przez osoby upoważnione do reprezentowania wnioskodawcy.
 14. W sytuacji, gdy wymagane jest przedstawienie przez wnioskodawcę źródłowych dokumentów rozliczeniowych (rachunków, faktur) dopuszcza się przedłożenie ich kopii, poświadczonych za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do reprezentowania wnioskodawcy.
 15. O uznaniu rozliczenia Centrum informuje na piśmie wnioskodawcę.

VI. Katalog kosztów kwalifikowanych możliwych do dofinansowania ze środków Fundusz w ramach zadania sport, kultura, turystyka i rekreacja osób niepełnosprawnych:

1. Za koszty kwalifikowane w ramach dofinansowania sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych uznaje się koszty:
 - a. niezbędne do realizacji zadania,
 - b. uwzględnione w budżecie zadania i umieszczone we wniosku,
 - c. spełniające wymogi racjonalnego i oszczędnego gospodarowania środkami publicznymi, z zachowaniem zasady uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów,
 - d. ponoszone w okresie, którego dotyczy umowa,
 - e. poparte stosownymi dokumentami i wykazane w dokumentacji finansowej wnioskodawcy.
2. Zakwalifikowane w ramach zadania uznaje się w szczególności następujące wydatki:
 - a. wydatki związane z personelem projektu:
 - wynagrodzenia pracowników wykonujących zadania merytoryczne w ramach zadania, zatrudnionych u wnioskodawcy na podstawie umowy o pracę,
 - wynagrodzenia pracowników zajmujących się obsługą techniczną zadania, zatrudnionych u wnioskodawcy na podstawie umowy o pracę,
 - wynagrodzenia osób fizycznych nie prowadzących działalność gospodarczej, wykonujących zadania merytoryczne w ramach zadania, zatrudnionych u wnioskodawcy na podstawie umowy zlecenia/o dzieło,
 - wynagrodzenia osób zajmujących się obsługą techniczną zadania, zatrudnionych u wnioskodawcy na podstawie umowy zlecenia/o dzieło.
 - b. wydatki dotyczące wnioskodawcy zadania:
 - wydatki związane z zapewnieniem dodatkowych usług i wsparcia dla osób niepełnosprawnych, np. zapewnienie tłumacza języka migowego,
 - zakwaterowanie, pobyt i wyżywienie,
 - przejazdy,
 - nagrody i wyróżnienia konkursowe (rzeczowe) dla osób niepełnosprawnych.
 - c. inne wydatki:
 - związane z zakupem sprzętu, urządzeń i wyposażenia niezbędnego do realizacji zadania,

- związane z wynajmem sprzętu, urządzeń i wyposażenia niezbędnego do realizacji zadania,
 - związane z eksploatacją pomieszczeń (np. opłaty za prąd, energię elektryczną), w części zaangażowanej przy realizacji zadania,
 - związane z wynajmem i udostępnianiem pomieszczeń, w części zaangażowanej przy realizacji zadania,
 - na zakup materiałów biurowych niezbędnych do realizacji zadania,
 - na zakup audiowizualnych nośników informacji oraz umieszczenia na nich materiałów w formie audiowizualnej,
 - związane z opracowywaniem dokumentacji imprez (dokumentacja audio, video, fotograficzna),
 - opłaty pocztowe i telekomunikacyjne w części zaangażowanej do realizacji zadania,
 - bilety wstępu do placówek prowadzących działalność kulturalną oraz innych obiektów mających bezpośredni związek z programem danej imprezy.
3. Nie są kwalifikowane w ramach zadania:
- a. koszty wynagrodzenia kadry administracyjnej (w tym kadry kierowniczej wnioskodawcy),
 - b. koszty zagranicznych podróży służbowych,
 - c. koszty wynajmu pomieszczeń związanych z obsługą administracyjną wnioskodawcy,
 - d. spłaty pożyczek, kredytów oraz odsetek,
 - e. mandaty, opłaty karne i koszty procesów sądowych,
 - f. opłaty stałe, abonamentowe,
 - g. koszty obsługi umów (m.in. opłaty notarialne, zakup weksli),
 - h. koszty pokrywane ze środków Funduszu na podstawie innych tytułów z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t. j. Dz. U. . z 2019 r. poz. 1172 z późn. zm.),
 - i. wydatki poniesione na przygotowanie wniosku,
 - j. wydatki nie odnoszące się jednoznacznie do projektu,
 - k. wydatki poniesione za zakup nie odebranych nagród przez uczestników przedsięwzięcia.

VII. Zasady sprawowania kontroli nad wykorzystaniem środków Funduszu:

1. Starosta sprawuje nadzór nad wykorzystaniem środków Funduszu przekazywanych na dofinansowanie sportu, kultury, turystyki i rekreacji osób niepełnosprawnych za pośrednictwem Centrum.
2. Na wniosek Starosty, Centrum udziela informacji dotyczących sposobu i stopnia wykorzystania środków Funduszu.
3. Centrum zapewnia kontrolę nad prawidłowością wydatkowania środków.

VIII. Postanowienia końcowe:

Pozostałe warunki i wymogi nie zawarte w niniejszych zasadach określa:

ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t. j. Dz. U. z 2020 r., poz. 426 z późn. zm.) oraz rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatów, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (t. j. Dz. U. z 2015r. poz. 926 z późn. zm.)

.....
Pieczętka wpływu PCPR

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
sportu, kultury, rekreacja i turystyka osób niepełnosprawnych

CZĘŚĆ I: INFORMACJE O WNIOSKODAWCY

IA. Dane dotyczące Wnioskodawcy: (*wypełnić drukowanymi literami*)

Pełna nazwa Wnioskodawcy:	
REGON:	NIP:
Ulica:	Nr:
Miejscowość:	Nr kodu:
Nr telefonu:	Nr faxu:
Adres email:	Osoba upoważniona do prowadzenia sprawy:
Osoby uprawnione do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych Wnioskodawcy:	
<i>pieczętka imienna i podpis</i>	<i>pieczętka imienna i podpis</i>

IB. Informacje uzupełniające o Wnioskodawcy: (wypełnić drukowanymi literami)

Data rozpoczęcia działalności:	Status prawny:
Nr rejestru sądowego:	Data wpisu do rejestru sądowego:
Nazwa banku:	Numer konta bankowego:
Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności w zakresie: <input type="checkbox"/> zawodowej <input type="checkbox"/> leczniczej <input type="checkbox"/> społecznej	
Czy Wnioskodawca jest płatnikiem VAT: TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	

IC. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON:

Czy Wnioskodawca ubiegał się o dofinansowanie z PFRON ?					TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Numer umowy i data zawarcia	Kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	Źródło	
Razem		Razem kwota rozliczona				

CZĘŚĆ II: INFORMACJE O PRZEDMIOCIE WNIOSKU

IIA. Informacja o wnioskowanym zadaniu:

Nazwa zadania:	
Przewidywany koszt ogólny przedsięwzięcia w zł:	
Deklarowane własne środki w zł:	
Inne źródła finansowania ogółem w zł:	
Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON w zł:	
Cel dofinansowania: Impreza integracyjna <input type="checkbox"/> Impreza sportowa <input type="checkbox"/> Impreza kulturalna <input type="checkbox"/> Impreza turystyczna <input type="checkbox"/> Impreza rekreacyjna <input type="checkbox"/> Zakup sprzętu sportowego <input type="checkbox"/>	

II B. Dane dotyczące imprezy:

Miejscowość:	Termin:
Liczba uczestników ogółem:	
Do lat 18:	Powyżej lat 18:
W tym: osób niepełnosprawnych:	
Do lat 18:	Powyżej lat 18:
Co stanowi% ogólnej liczby uczestników	
Liczba mieszkańców z terenów wiejskich	

II C. Wniosek jest składany:

(wstaw X we właściwej rubryce)

1. po raz pierwszy	
2. po raz drugi i kolejny i nie otrzymywał dofinansowania	
3. po raz drugi i kolejny i otrzymywał dofinansowanie	

IID. Informacje uzupełniające o przedmiocie wniosku:

Krótki opis zadania/plan imprezy: (należy opisać zadanie na jakie przeznaczone zostanie dofinansowanie)

Przewidywane efekty: (należy wykazać, że realizacja zadania umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobom niepełnosprawnym wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem oraz, że jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności)

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki części I i II, 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.

KLAUZULA INFORMACYJNA
dla osób ubiegających się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

W celu realizacji obowiązku wynikającego z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwane dalej RODO) prosimy o zapoznanie się z poniższymi informacjami

Administrator danych osobowych

Administratorem Pana/i danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie, ul. Legionów 78,05-200 Wołomin zwany dalej Administratorem.

Inspektor Ochrony Danych

Administrator Danych Osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych. We wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych, należy skontaktować się poprzez adres email: sekretariat@pcprwołomin.pl, pisemnie na adres siedziby Administratora Danych Osobowych.

Cele i podstawa prawna przetwarzania danych

Przetwarzanie Pana/i danych osobowych odbywa się

- a) Na podstawie z art. 6 ust.1 lit. a tj. udzielonej przez Pana/i zgody na udział w postępowaniu w sprawie ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
- b) Na podstawie z art. 6 ust.1 lit. c - wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa tj.:
 - Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 13 lutego 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U z 2020 poz. 426)
 - Obwieszczenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 czerwca 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U z 2015 poz. 926)

Odbiorcy danych osobowych

Pani/a dane osobowe mogą być przekazywane następującym kategoriom odbiorców:

- a) Właściwym organom, sądom oraz instytucjom państwowym i samorządowym lub innym instytucjom wykonującym powierzone zadania publiczne, jeżeli obowiązek ujawnienia/przekazania danych wynika z obowiązujących przepisów prawa lub jest to niezbędne celem dochodzenia praw lub roszczeń Administratora Danych Osobowych

Przekazywanie danych poza Europejski Obszar Gospodarczy (EOG):

Administrator Danych Osobowych nie przekazuje Pana/Pani danych do państw trzecich tj. poza terytorium EOG (obejmujący Unie Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).

Okres przechowywania danych

Dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany przepisami prawa, lub do czasu odwołania zgody.

Prawa osoby, której dane dotyczą

Przysługuje Panu/i prawo żądania od Administratora danych osobowych dostępu do swoich danych osobowych, prawo do sprostowania (poprawienia), usunięcia danych jednakże z ograniczeniem tego prawa w myśl art. 17 RODO, ograniczenia przetwarzania danych (wstrzymania operacji na danych lub nieusuwania danych w zależności od złożonego wniosku), prawo do przenoszenia danych osobowych, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania państwa danych na potrzeby marketingu bezpośredniego. W celu skorzystania z powyższych praw, należy skontaktować się poprzez kanały komunikacji wskazane w pkt. Administrator danych osobowych

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Może Pan/i również wnieść skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, w przypadku niezgodnego z przepisami prawa przetwarzania danych osobowych.

Zgoda

W przypadku, gdy wykorzystywane przez nas Państwa dane nie są konieczne do realizacji obowiązku prawnego lub nie stanowi Naszego prawnie uzasadnionego interesu przysługuje Panu/i prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie, w zakresie w jakim Pana/i dane osobowe są przetwarzane na podstawie udzielonej zgody na przetwarzanie danych osobowych. Wycofanie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie Pana/i zgody przed jej wycofaniem.

Czy podanie danych jest obowiązkowe?

Przetwarzanie pozyskanych od Pana/i danych opiera się na zasadzie dobrowolności, jednakże odmowa podania danych uniemożliwi Panu/i dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Zautomatyzowane podejmowanie decyzji

Pana/i dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Oświadczam, że otrzymałem/am Klauzulę informacyjną od Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie dla osób ubiegających się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i zapoznałem/am się z jej treścią.

.....
(miejsowość i data)

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela
ustawowego/opiekuna prawnego/pełnomocnika)

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

W związku z ubieganiem się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przedsięwzięć z zakresu sportu kultury, rekreacji i turystyki dla osób niepełnosprawnych zaplanowanych na rok..... przez:

.....
nazwa podmiotu

świadomi odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych ze stanem faktycznym (art. 233 § 1 kodeksu karnego) oświadczamy, że:

.....
nazwa podmiotu

1. Nie posiada zaległości wobec Funduszu.
2. Nie działa w celu osiągnięcia zysku (stosownie do zapisu art.106 ust.2 pkt1 lit d ustawy o finansach publicznych z dnia 30 czerwca 2005 r. (t. j. Dz.U. z 2019 r. poz. 896, z późn. zm.).
3. Korzystał*/nie korzystał* ze środków finansowych Funduszu w ciągu ostatnich 3 lat i wywiązał się*/nie wywiązał się* z umów na wykonanie zadania.
4. Nie jest/jest wykluczony* z prawa otrzymania dotacji ze środków publicznych zgodnie z art. 145 ust.6 w związku z art. 190 ustawy o finansach publicznych
5. Kadra obsługująca zadanie posiada stosowne uprawnienia i kwalifikacje do jego realizacji.
6. Posiada odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji zadania.
7. Prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed złożeniem wniosku.
8. Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1444, z późn. zm.) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Miejscowość: data:.....

--	--

pieczęć i podpis

pieczęć i podpis

/podpisy osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy/

* niepotrzebne skreślić

.....
pieczęć Wnioskodawcy

data.....

ZAKRES MERYTORYCZNY ZADANIA

.....
rodzaj zadania

.....
termin realizacji zadania

Harmonogram działań planowanych przy realizacji zadania

L.p.	Planowany zakres realizacji zadania

pieczęć imienna i podpis

pieczęć imienna i podpis

/podpisy osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy/

.....
pieczęć Wnioskodawcy

data.....

KOSZTORYS WYDATKÓW ZWIĄZANYCH Z REALIZACJĄ ZADANIA

I. Kosztorys ze względu na źródła finansowania						
Lp.	Źródło finansowania	w zł		%		
1.	Całkowity koszt					
2.	Środki własne Wnioskodawcy					
3.	Środki pozyskane z innych źródeł					
4.	Wnioskowana kwota dotacji z PFRON					
II. Kosztorys ze względu na rodzaj kosztów						
Lp.	Rodzaj kosztów	Koszt całkowity	wnioskowane dofinansowanie z PFRON		Środki własne	
			kwota w zł	%	Kwota w zł	%
1.	Koszty osobowe: a) Umowa zlecenie b) Umowa o dzieło					
2.	Wynajęcie: a) sali b) obiektu c) sprzętu d) mebli e) inne:					
3.	Wyżywienie					
4.	Zakwaterowanie					
5.	Zakup środków materiałowych: a) materiały biurowe b) materiały dydaktyczne c) nagrody rzeczowe d) inne:					
6.	Transport: a) zakup biletów b) wynajem środków transportu c) zlecenie usługi transportowej					
7.	Inne koszty:					

III. Szczegółowy preliminarz wydatków według Wnioskodawcy

(proszę szczegółowo przedstawić elementy składowe zadania wraz z kwotami, np.:

umowa-zlecenie – przewidywany zakres prac i liczba godzin oraz proponowane wynagrodzenie, wyżywienie

– stawka dzienna x ilość osób x ilość dni,

zakwaterowanie – stawka za 1 nocleg x ilość osób x ilość nocy,

zakup środków materiałowych – jakich? I do czego będą wykorzystane, itd.)

--

--	--

pieczęć i podpis

pieczęć i podpis

/podpisy osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy/

A

q

WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW - SPORTU, KULTURY, REKREACJA I TURYSTYKA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

<i>Lp.</i>	Nazwa załącznika	Załączniki złożone w dniu przyjęcia wniosku TAK*/NIE*	Data uzupełnienia
1	Aktualny wypis z Krajowego Rejestru Sądowego /ważny 3 miesiące/		
2	Statut		
3	REGON		
4	NIP		
5	Udokumentowane posiadanie środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł (na sfinansowanie części nie objętej dofinansowaniem PFRON, do każdego zadania)		
6	Udokumentowanie posiadania konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach		
7	Rekomendacje		
8	Lista uczestników wraz z potwierdzonymi za zgodność z oryginałem kopiami orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkałych na terenie powiatu wołomińskiego		
9	Sposób reprezentacji /pełnomocnictwo/		
10	Załącznik nr 1 – Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych oraz oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych uczestników zadania.		
11	Załącznik nr 2 – Oświadczenia wnioskodawcy		
12	Załącznik nr 3 - Zakres merytoryczny zadania		
13	Załącznik nr 4 – Kosztorys wydatków związanych z realizacją zadania		

W przypadku gdy wnioskodawca jest przedsiębiorcą:

14	Informacja o pomocy publicznej udzielonej w okresie trzech kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku		
----	---	--	--

W przypadku gdy wnioskodawca jest pracodawcą prowadzącym zakład pracy chronionej:

15	Informacja o pomocy publicznej udzielonej w okresie trzech kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku		
16	Potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej		
17	Informację o sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku		

pieczęć imienna pracownika PCPR przyjmującego wniosek

data, podpis:

**Skala punktowa rozpatrywania wniosków
o dofinansowanie sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych**

		Liczba punktów	Przyznane punkty
Wniosek składany jest na dany cel			
1.	po raz pierwszy	8	
2.	po raz drugi i kolejny i nie otrzymywał dofinansowania	8	
3.	po raz drugi i kolejny i otrzymywał dofinansowanie	0	
Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych			
1.	nie korzystał	8	
2.	korzystał ze środków Funduszu na inne zadania, niż będące przedmiotem wniosku	4	
3.	korzystał na to samo zadanie	0	
Efekty realizacji zadania (sport, kultura, rekreacja, turystyka)			
1.	Cele zadania umożliwią lub w znacznym stopniu ułatwią osobom niepełnosprawnym wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem	zdecydowanie tak 2	
		umiarkowanie 1	
2.	Cele zadania są dobrane i uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności	zdecydowanie tak 2	
		umiarkowanie 1	
Załączniki wymagane do wniosku (sport, kultura, rekreacja, turystyka)			
1.	Wniosek zawiera wszystkie załączniki w dniu złożenia wniosku	1	
LICZBA UZYSKANYCH PUNKTÓW			

Ocena wniosku o dofinansowanie sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych:

Data weryfikacji formalnej wniosku:		...../ 20..... r.
Weryfikacja formalna wniosku:	<input type="checkbox"/> pozytywna	<input type="checkbox"/> negatywna
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia:	<input type="checkbox"/> - tak	<input type="checkbox"/> - nie
Uzupełniono w dniu/ 20..... r.		

pieczętka imienna pracownika PCPR dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

Data, podpis

WYPEŁNIA POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE
Decyzja o przyznaniu dofinansowania sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych:

OCENA FORMALNA I MERYTORYCZNA WNIOSKU			
	Liczba punktów ogółem	Proponowana kwota dofinansowania (w złotych)	Decyzja o przyznaniu dofinansowania
..... Pieczętka imienna, data, podpis pracownika dokonującego oceny formalnej i merytorycznej wniosku	pozytywna: <input type="checkbox"/> negatywna: <input type="checkbox"/> Pieczętka imienna, data, podpis osoby upoważnionej do podejmowania decyzji

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

.....20..... r.

data podpisy osób podejmujących decyzję

Do wniosku załączono wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania (dotyczy wniosków, których realizacja wymaga podpisania umowy)

pieczętki imienne pracowników PCPR przygotowujących umowę

data, podpis:

pieczętka imienna Dyrektora PCPR

data, podpis:

.....
Pieczęć Wnioskodawcy

.....
Miejscowość i data

SPRAWOZDANIE Z REALIZACJI ZADANIA Z ZAKRESU SPORTU, KULTURY, REKREACJI I TURYSTYKI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

.....
nazwa zadania

realizowanego w okresie od:..... do:.....

określonego w umowie nr:, zawartej w dniu:

między Starostą Wołomińskim, dysponentem środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,

a.....
.....
.....

.....
nazwa podmiotu

SPRAWOZDANIE MERYTORYCZNE

Lp.	Zadanie	Charakterystyka realizacji zadania
1.	Stopień realizacji zaplanowanych działań i celów <i>(w jakim stopniu planowane cele zostały zrealizowane)</i>	
2.	Opis realizowanych zadań <i>(zgodnie z planowanymi działaniami określonymi w umowie)</i>	

3.	Informacje o uczestnikach (<i>liczba i charakterystyka uczestników</i>)	
4.	Rezultaty zadania	

pieczęćka imienna i podpis	pieczęćka imienna i podpis
----------------------------	----------------------------

/podpisy osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy/

.....
Pieczęć Wnioskodawcy

.....
Miejscowość i data

SPRAWOZDANIE FINANSOWE

Całkowity koszt zadania w zł:

Wielkość środków własnych w zł:

Wielkość środków dofinansowania ze środków PFRON w zł:

Nr faktury	Data wystawienia	Rodzaj zadania	Kwota ogólna	Środki własne	Kwota dofinansowania ze środków PFRON [4-5]
1	2	3	4	5	6

--	--

pieczęćka imienna i podpis

pieczęćka imienna i podpis

/podpisy osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy/

A

[Handwritten signature]

Zasady postępowania w sprawie przyznania dofinansowania ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych

I. Informacje ogólne:

Niniejsze zasady określają:

1. Warunki jakie muszą spełniać Wnioskodawcy ubiegające się o dofinansowanie.
2. Tryb składania i zasady rozpatrywania wniosków.
3. Zasady ustalania wysokości i przekazywania środków Funduszu.

Ilekrót w niniejszych zasadach jest mowa o:

1. **Centrum** – oznacza Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie,
2. **Funduszu** – oznacza to Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
3. **Komisji** – oznacza to Komisję do spraw opiniowania wniosków o dofinansowanie ze środków Funduszu, powołaną przez dyrektora Centrum,
4. **Osobie niepełnosprawnej** – oznacza to osobę posiadającą:
 - a. orzeczenie o zaliczeniu do znacznego, umiarkowanego lub lekkiego stopnia niepełnosprawności,
 - b. orzeczenie o zaliczeniu do osób niepełnosprawnych, w przypadku osób, które nie ukończyły 16 roku życia,
 - c. orzeczenie o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy wydane przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
 - d. orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji wydane przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
 - e. orzeczenie o zaliczeniu do I, II lub III grupy inwalidów wydane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych przed dniem 1 stycznia 1998 r.,
 - f. orzeczenie o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydane przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przed dniem 1 stycznia 1998 r.
5. **Staroście** – oznacza to Starostę Wołomińskiego,
6. **Przeciętnym miesięcznym dochodzie** – oznacza to dochód w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (t. j. Dz. U. z 2020 r., poz. 111 z późn. zm.) podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym,
7. **Kryterium dochodowym** – oznacza to kryterium dochodowe osoby samotnie gospodarującej oraz kryterium dochodowe na osobę w rodzinie, określone zgodnie z art. 8 ust. 1 i art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 15.07 z późn. zm.),
8. **Przeciętnym wynagrodzeniu** – oznacza to przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce narodowej w poprzednim kwartale od pierwszego dnia następnego

miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w formie komunikatu w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 53 z późn. zm.).

9. **SOW**- system obsługi wsparcia finansowanego ze środków PFRON.
10. **ePUAP** – należy przez to rozumieć Elektroniczną Platformę Usług Administracji Publicznej;
11. **Profil Zaufany** – należy przez to rozumieć sposób uwierzytelnienia wnioskodawcy/użytkownika dostępny na ePUAP.

II. Warunki jakie muszą spełniać Wnioskodawcy ubiegające się o dofinansowanie:

1. Osoba niepełnosprawna może ubiegać się o dofinansowanie, pod warunkiem że:
 - a. posiada ważne orzeczenie o niepełnosprawności;
 - b. została skierowana na turnus rehabilitacyjny na wniosek lekarza, pod którego opieką się znajduje;
 - c. w roku, w którym ubiega się o dofinansowanie, nie uzyskała na ten cel dofinansowania ze środków Funduszu;
 - d. weźmie udział w turnusie, który odbędzie się w ośrodku wpisanym do rejestru ośrodków, prowadzonego przez wojewodę, albo poza takim ośrodkiem, w przypadku gdy turnus jest organizowany w formie niestacjonarnej;
 - e. wybierze organizatora turnusu, który posiada wpis do rejestru organizatorów turnusów;
 - f. będzie uczestniczyła w zajęciach przewidzianych w programie turnusu;
 - g. nie będzie pełniła funkcji członka kadry na tym turnusie ani nie będzie opiekunem innego uczestnika tego turnusu;
 - h. złoży oświadczenie o wysokości swojego dochodu wraz z informacją o liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym;
 - i. przedstawi podczas pierwszego badania lekarskiego na turnusie zaświadczenie lekarskie o aktualnym stanie zdrowia, w szczególności o chorobie zasadniczej, uczuleniach i przyjmowanych lekach.
2. Osoba niepełnosprawna o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo równoważnym osoba niepełnosprawna w wieku do 16 lat może ubiegać się o dofinansowanie uczestnictwa w turnusie jej opiekuna pod warunkiem, że:
 - a. wniosek lekarza o skierowaniu na turnus zawiera wyraźne wskazanie wraz z uzasadnieniem konieczności pobytu opiekuna;
 - b. opiekun nie będzie pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie, nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby, ukończył 18 lat albo ukończył 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.

III. Tryb składania i zasady rozpatrywania wniosków:

1. Wniosek o udzielenie dofinansowania do pobytu osób niepełnosprawnych i ich opiekunów na turnusie rehabilitacyjnym należy składać w siedzibie Centrum na właściwych wnioskach wraz z kompletem wymaganych załączników lub za pośrednictwem Platformy SOW. Pełne korzystanie z Systemu wymaga posiadania narzędzia autoryzacji – uwierzytelnienia przez profil zaufany na platformie ePUAP lub przy pomocy kwalifikowalnego podpisu elektronicznego.
2. Wniosek o dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego stanowi załącznik nr 2 do Zarządzenia nr 33/2020 Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie z dnia 16.11.2020 r.
3. Osoba niepełnosprawna może złożyć wniosek osobiście bądź przez pełnomocnika. W imieniu małoletnich osób niepełnosprawnych wniosek składa przedstawiciel ustawowy.
4. Osoba niepełnosprawna bezdomna składa wniosek o dofinansowanie w Centrum właściwym dla miejsca swojego pobytu.
5. Osoba niepełnosprawna pozostająca pod opieką składa wniosek o dofinansowanie w centrum pomocy właściwym dla miejsca pobytu.
6. Do wniosku należy dołączyć kopię ważnego orzeczenia o niepełnosprawności oraz wniosek lekarza, pod którego opieką znajduje się osoba niepełnosprawna, o skierowanie na turnus rehabilitacyjny – załącznik nr 2 do wniosku
7. Wniosek o dofinansowanie może być złożony w każdym czasie.
8. W przypadku złożenia niekompletnego wniosku Centrum występuje w ciągu 10 dni do osoby niepełnosprawnej o jego uzupełnienie lub złożenie dodatkowych dokumentów w przypadku, gdy złożone dokumenty nie w pełni potwierdzają konieczność dofinansowania. Nie uzupełnienie wniosku w ciągu 30 dni powoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.
9. Wniosek podlega ocenie w oparciu o skalę punktową opracowaną przez Centrum.
10. Wnioski rozpatrywane są w miarę posiadanych środków finansowych.
11. Wnioski są rozpatrywane w terminie 30 dni od dnia złożenia kompletnego wniosku.
12. W przypadku braku środków finansowych albo w przypadku wystąpienia innych okoliczności uniemożliwiających rozpatrzenie wniosku we wskazanym terminie należy poinformować Wnioskodawcę o innym terminie rozpatrzenia wniosku.
13. Przy rozpatrywaniu wniosku o dofinansowanie bierze się pod uwagę stopień i rodzaj niepełnosprawności Wnioskodawcy oraz wpływ niepełnosprawności na możliwość realizacji kontaktów społecznych w codziennym funkcjonowaniu, a także częstotliwość korzystania z dofinansowania w latach poprzednich.
14. W przypadku niewystarczającej ilości środków finansowych przekazywanych przez Fundusz oraz dużej ilości wniosków o dofinansowanie osoby niepełnosprawne korzystają z dofinansowania raz na pełne 2 lata.
15. Od odmowy o przyznaniu dofinansowania Wnioskodawcy nie przysługuje odwołanie w rozumieniu przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego.

#

f

16. W przypadku rezygnacji Wnioskodawcy z dofinansowania na pisemny umotywowany wniosek, Centrum w uzasadnionych przypadkach może wyrazić zgodę na dofinansowanie innemu Wnioskodawcy.
17. W przypadku gdy Centrum poweźmie wątpliwości w sprawie przyznawanego dofinansowania, w szczególności co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, mające wpływ na przyznanie dofinansowania, powiadamia wnioskodawcę o konieczności złożenia w wyznaczonym terminie, nie dłuższym niż 14 dni od dnia otrzymania wezwania, wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.
18. W rozpatrywaniu wniosków o dofinansowanie bierze udział pracownik socjalny lub specjalista do spraw społecznych, oceniający sytuację społeczną osoby niepełnosprawnej i jej potrzeby w zakresie rozwijania umiejętności społecznych.
19. Decyzje o przyznaniu lub odmowie dofinansowania mogą być podejmowane po podjęciu przez Radę Powiatu Wołomińskiego uchwały dotyczącej podziału środków finansowych Funduszu na realizację zadań z zakresu rehabilitacji społecznej.
20. Wnioskodawcy, którym nie zostało przyznane dofinansowanie, z powodu niewystarczającej wysokości środków Funduszu przeznaczonych na uczestnictwo w turnusie rehabilitacyjnym w roku rozpatrywania wniosku, mogą wystąpić o dofinansowanie ponownie, składając nowy wniosek.
21. Jeżeli wnioskodawca zmarł wniosek nie podlega dalszemu rozpatrywaniu. Należy przyjąć do rozpatrywania kolejny wniosek, który otrzymał najwyższą ocenę punktową.
22. W celu raportowania oraz kontroli wydawanych środków finansowych raz na kwartał odbywają się posiedzenia Komisji.

IV. Zasady ustalania wysokości i przekazywania środków Funduszu:

1. Dofinansowanie uczestnictwa osoby niepełnosprawnej w turnusie może być wykorzystane jedynie przez osobę, której zostało przyznane.
2. Wysokość dofinansowania wynosi:
 - a. 30% przeciętnego wynagrodzenia – dla osoby niepełnosprawnej ze znacznym stopniem niepełnosprawności, osoby niepełnosprawnej w wieku do 16 roku życia oraz osoby niepełnosprawnej w wieku 16 - 24 lat uczącej się i niepracującej, bez względu na stopień niepełnosprawności,
 - b. 27% przeciętnego wynagrodzenia – dla osoby niepełnosprawnej z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności,
 - c. 25% przeciętnego wynagrodzenia – dla osoby niepełnosprawnej z lekkim stopniem niepełnosprawności,
 - d. 20% przeciętnego wynagrodzenia – dla opiekuna osoby niepełnosprawnej,
 - e. 20% przeciętnego wynagrodzenia – dla osoby niepełnosprawnej zatrudnionej w zakładzie pracy chronionej, niezależnie od posiadanego stopnia niepełnosprawności.

3. W sytuacji znacznego niedoboru środków Funduszu w danym roku w stosunku do istniejących potrzeb w zakresie dofinansowania uczestnictwa w turnusach, można obniżyć wysokość tego dofinansowania, nie więcej jednak niż o 20% kwot, o których mowa w ust.2 albo przyjąć zasadę przyznawania dofinansowania tej samej dorosłej osobie niepełnosprawnej raz na dwa lata.
4. W przypadku uzasadnionym szczególnie trudną sytuacją życiową osoby niepełnosprawnej dofinansowanie dla tej osoby lub dofinansowanie pobytu jej opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym może zostać podwyższone do wysokości 40% przeciętnego wynagrodzenia. Podwyższenie dofinansowania pobytu opiekuna może nastąpić, jeżeli opiekun pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą niepełnosprawną lub osoba ta ponosi koszty uczestnictwa opiekuna w turnusie.
5. Osoba niepełnosprawna, w terminie 30 dni od otrzymania powiadomienia o przyznaniu dofinansowania, nie później jednak niż na 21 dni przed dniem rozpoczęcia turnusu, przekazuje Centrum informację o wyborze turnusu, w którym będzie uczestniczyła. Nie dotrzymanie przez wnioskodawcę tego terminu traktowane będzie jak rezygnacja z dofinansowania.
6. Centrum po otrzymaniu informacji o wyborze turnusu w terminie 7 dni sprawdza w rejestrach ośrodków i organizatorów:
 - a. czy wybrany ośrodek i organizator posiadają odpowiednio wpisy do rejestrów, obejmujące okres trwania wybranego turnusu,
 - b. czy wybrany ośrodek jest uprawniony do przyjmowania osób niepełnosprawnych z określonymi dysfunkcjami lub schorzeniami,
 - c. czy organizator turnusu jest uprawniony do organizowania turnusu wybranego przez osobę niepełnosprawną z określoną dysfunkcją lub schorzeniem.
7. Przekazanie przyznanego dofinansowania organizatorowi turnusu następuje w terminie 7 dni od dnia otrzymania oświadczenia organizatora, jednak nie później niż na 7 dni przed dniem rozpoczęcia turnusu. Warunkiem przekazania dofinansowania jest otrzymanie przez Centrum oświadczenia organizatora turnusu zawierającego potwierdzenie możliwości uczestniczenia danej osoby niepełnosprawnej w wybranym turnusie.
8. Kwota przekazanego dofinansowania nie może być wyższa od faktycznego kosztu uczestnictwa w turnusie osoby niepełnosprawnej lub jej opiekuna.

V. Postanowienia końcowe:

Pozostałe warunki i wymogi nie zawarte w niniejszych zasadach określa:

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

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

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

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania*

Data urodzenia

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

POSIADANE ORZECZENIE **

a) o stopniu niepełnosprawności znacznym umiarkowanym lekkim

b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów I II III

c) o całkowitej o częściowej niezdolności do pracy

o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym o niezdolności do samodzielnej egzystencji

d) o niepełnosprawności osoby do 16. roku życia

Korzystałem(am) z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON
**

Tak (podać rok)..... Nie

Jestem zatrudniony(a) w zakładzie pracy chronionej** Tak Nie

Imię i nazwisko opiekuna

(wypełnić, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił zł. Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia.***

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwie zaznaczyć.

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

Wypełnia PCPR

.....
(data wpływu wniosku do PCPR)

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

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY
(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej),
opiekun prawny lub pełnomocnik

Imię i nazwisko:

PESEL lub numer dokumentu tożsamości:

Adres zamieszkania:

Data urodzenia:

ustanowiony przedstawicielem* / opiekunem* / pełnomocnikiem*:

postanowieniem Sądu Rejonowego:

z dn. sygn. Akt*:

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*:

z dn. repet. nr

.....
data

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

* niepotrzebne skreślić

KLAUZULA INFORMACYJNA
dla osób ubiegających się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

W celu realizacji obowiązku wynikającego z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwane dalej RODO) prosimy o zapoznanie się z poniższymi informacjami

Administrator danych osobowych

Administratorem Pana/i danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie, ul. Legionów 78, 05-200 Wołomin zwany dalej Administratorem.

Inspektor Ochrony Danych

Administrator Danych Osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych. We wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych, należy skontaktować się poprzez adres email: sekretariat@pcprwolomin.pl, pisemnie na adres siedziby Administratora Danych Osobowych.

Cele i podstawa prawna przetwarzania danych

Przetwarzanie Pana/i danych osobowych odbywa się

- a) Na podstawie z art. 6 ust.1 lit. a tj. udzielonej przez Pana/i zgody na udział w postępowaniu w sprawie ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
- b) Na podstawie z art. 6 ust.1 lit. c - wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa tj.:
 - Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 13 lutego 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U z 2020 poz. 426)
 - Obwieszczenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 czerwca 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U z 2015 poz. 926)

Odbiorcy danych osobowych

Pani/a dane osobowe mogą być przekazywane następującym kategoriom odbiorców:

- a) Właściwym organom, sądom oraz instytucjom państwowym i samorządowym lub innym instytucjom wykonującym powierzone zadania publiczne, jeżeli obowiązek ujawnienia/przekazania danych wynika z obowiązujących przepisów prawa lub jest to niezbędne celem dochodzenia praw lub roszczeń Administratora Danych Osobowych

Przekazywanie danych poza Europejski Obszar Gospodarczy (EOG):

Administrator Danych Osobowych nie przekazuje Pana/Pani danych do państw trzecich tj. poza terytorium EOG (obejmujący Unie Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).

Okres przechowywania danych

Dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany przepisami prawa, lub do czasu odwołania zgody.

Prawa osoby, której dane dotyczą

Przysługuje Panu/i prawo żądania od Administratora danych osobowych dostępu do swoich danych osobowych, prawo do sprostowania (poprawienia), usunięcia danych jednakże z ograniczeniem tego prawa w myśl art. 17 RODO, ograniczenia przetwarzania danych (wstrzymania operacji na danych lub nieusuwania danych w zależności od złożonego wniosku), prawo do przenoszenia danych osobowych, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania państwa danych na potrzeby marketingu bezpośredniego. W celu skorzystania z powyższych praw, należy skontaktować się poprzez kanały komunikacji wskazane w pkt. Administrator danych osobowych.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Może Pan/i również wnieść skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, w przypadku niezgodnego z przepisami prawa przetwarzania danych osobowych.

Zgoda

W przypadku, gdy wykorzystywane przez nas Państwa dane nie są konieczne do realizacji obowiązku prawnego lub nie stanowi Naszego prawnie uzasadnionego interesu przysługuje Panu/i prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie, w zakresie w jakim Pana/i dane osobowe są przetwarzane na podstawie udzielonej zgody na przetwarzanie danych osobowych. Wycofanie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie Pana/i zgody przed jej wycofaniem.

Czy podanie danych jest obowiązkowe?

Przetwarzanie pozyskanych od Pana/i danych opiera się na zasadzie dobrowolności, jednakże odmowa podania danych niemożliwi Panu/i dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Zautomatyzowane podejmowanie decyzji

Pana/i dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Oświadczam, że otrzymałem/am Klauzulę informacyjną od Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie dla osób ubiegających się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i zapoznałem/am się z jej treścią.

.....
(miejsowość i data)

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela
ustawowego/opiekuna prawnego/pełnomocnika)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

- 1 Nie ubiegam się i nie będę się ubiegał/a w roku bieżącym odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowy ze środków PFRON – za pośrednictwem innego realizatora na terenie innego samorządu powiatowego.
- 2 Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1444, z późn. zm.) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.
- 3 Przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania.

.....
(miejsowość i data)

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela
ustawowego/opiekuna prawnego/pełnomocnika)

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY

Nazwisko i imię wnioskodawcy.....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania*.....

RODZAJ SCHORZENIA LUB DYSFUNKCJI **

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

KONIECZNOŚĆ POBYTU OPIEKUNA NA TURNUSIE:

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

UWAGI:

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

.....
(data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu
** Właściwe zaznaczyć

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

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

Imię i Nazwisko.....

PESEL.....

Adres (miejsce pobytu)

Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

Choroby współistniejące, przebyte operacje

Uczulenia

Przyjmowane leki (nazwa, dawkowanie), zaopatrzenie ortopedyczne)

Odchylenia w badaniu przedmiotowym, badaniach dodatkowych

Przebyte choroby zakaźne – dotyczy osób do 16 r. życia

Szczepienia ochronne (daty) dotyczy osób do 16 r. życia

.....
Data

.....
pieczęćka i podpis lekarza



Oświadczenie
Korzystanie ze środków finansowych
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

1. Wniosek składam na powyższe zadanie:

(wstaw X we właściwej rubryce)

		Dane zgodne z programem TYLDA <i>(wypełnia pracownik PCPR)</i>
1. po raz pierwszy		
2. po raz drugi i kolejny i nie otrzymywał dofinansowania		
3. po raz drugi i kolejny i otrzymywał dofinansowanie		

2. Korzystanie ze środków:

(wstaw X we właściwej rubryce)

	TAK korzystano			NIE korzystano	Dane zgodne z programem TYLDA <i>(wypełnia pracownik PCPR)</i>
	rok	Nr umowy	kwota		
na likwidację barier architektonicznych					
na likwidację barier technicznych					
na likwidację barier w komunikowaniu					
na uczestnictwo w turnusie rehabilitacyjnym					
na zakup przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych					
na z na zakup sprzętu rehabilitacyjnego					
na usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika					
z Programu Aktywny Samorząd					

3. Stan rozliczenia:

(wstaw X we właściwej rubryce)

		Dane zgodne z programem TYLDA <i>(wypełnia pracownik PCPR)</i>
1. korzystałam/em i rozliczyłam/em się		
2. korzystałam/em i jestem w trakcie rozliczenia		
3. korzystałam/em i nie rozliczyłam/em się		

podpis pracownika PCPR

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego/pełnomocnika

4

4

Skala punktowa rozpatrywania wniosków o dofinansowanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych

		Liczba punktów	Przyznane punkty
Wniosek składany jest na dany cel			
1.	po raz pierwszy	8	
2.	po raz drugi i kolejny i nie otrzymywał dofinansowania	8	
3.	po raz drugi i kolejny i otrzymywał dofinansowanie	0	
Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik			
1.	Orzeczenie o niepełnosprawności (dzieci do 16 lat)	8	
2.	znaczny	8	
3.	umiarkowany	4	
4.	lekki	1	
Ilość symboli niepełnosprawności			
1.	Jeden symbol niepełnosprawności	1	
2.	Dwa symbole niepełnosprawności	2	
3.	Trzy symbole niepełnosprawności	3	
Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje			
1.	samotnie	8	
2.	wspólnie	4	
Średni dochód miesięczny w rodzinie			
1.	do 700,00 zł	8	
2.	od 701,00 - do 1.400,00 zł	6	
3.	od 1401,00 do 2100,00 zł	4	
4.	powyżej 2100,00 zł	2	
Średni dochód miesięczny dla osoby samotnej			
1.	do 1100,00 zł	8	
2.	od 1101,00 do 1800,00 zł	6	
3.	od 1801,00 do 2500,00 zł	4	
4.	powyżej 2500,00 zł	2	
Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych			
1.	nie korzystał	8	
2.	korzystał ze środków Funduszu na inne zadania, niż będące przedmiotem wniosku	4	
3.	korzystał na to samo zadanie	0	
LICZBA UZYSKANYCH PUNKTÓW			

Ocena wniosku o dofinansowanie do uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych

Data weryfikacji formalnej wniosku:		...../ 20..... r.
Weryfikacja formalna wniosku:	<input type="checkbox"/> pozytywna	<input type="checkbox"/> negatywna
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia:	<input type="checkbox"/> - tak	<input type="checkbox"/> - nie
Uzupełniono w dniu/ 20..... r.		

pieczęćka imienna pracownika PCPR dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

Data, podpis

WYPEŁNIA POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE

Decyzja o przyznaniu dofinansowania do uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych :

Wg obliczenia:

1	2	3	4
<i>osoba, której dotyczy dofinansowanie</i>	<i>udział % przeciętnego wynagrodzenia</i>	<i>przeciętne wynagrodzenie w kwartale.....</i>	<i>kwota dofinansowania (kolumna 2 x kolumna 3)</i>
<ul style="list-style-type: none"> • osoba niepełnosprawna ze znacznym stopniem niepełnosprawności • osoba w wieku do 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności • osoba niepełnosprawna w wieku 16-24 lat ucząca się i niepracująca 	30%		
<ul style="list-style-type: none"> • osoba niepełnosprawna z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności 	27%		
<ul style="list-style-type: none"> • osoba niepełnosprawna z lekkim stopniem niepełnosprawności 	25%		
<ul style="list-style-type: none"> • osoba niepełnosprawna, niezależnie od posiadanego stopnia niepełnosprawności, zatrudniona w zakładzie pracy chronionej 	20%		
<ul style="list-style-type: none"> • opiekun osoby niepełnosprawnej 	20%		

	Liczba punktów ogółem	Proponowana kwota dofinansowania (w złotych)	Decyzja o przyznaniu dofinansowania
<p>.....</p> <p>Pieczętka imienna, data, podpis pracownika dokonującego oceny formalnej i merytorycznej wniosku</p> <p>.....</p>			pozytywna: <input type="checkbox"/> negatywna: <input type="checkbox"/>
			..... Pieczętka imienna, data, podpis osoby upoważnionej do podejmowania decyzji

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

.....20..... r.

data

.....

podpisy osób podejmujących decyzję

A

[Signature]

WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW- TURNUSY REHABILITACYJNE

(Załączniki wymagane do wniosku- wypełnia PCPR)

Nr sprawy.....

Lp.	Nazwa załącznika	Załączniki złożone w dniu przyjęcia wniosku TAK/NIE	Data uzupełnienia
1.	kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, w przypadku dzieci do lat 16 – orzeczenie o niepełnosprawności,		
2.	kopia dokumentu potwierdzająca prawo występowania w imieniu osoby niepełnosprawnej (np. opiekun prawny, pełnomocnik, przedstawiciel ustawowy) – oryginał do wglądu,		
3.	klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych wraz z oświadczeniami (załącznik nr 1)		
4.	wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny (wg opracowanego przez PCPR wzoru – załącznik nr 2) wypełniony przez lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza rodzinnego,		
5.	informacja lekarza o stanie zdrowia (wg opracowanego przez PCPR wzoru – załącznik nr 3),		
6.	oświadczenie o korzystaniu ze środków finansowych PFRON (załącznik nr 4)		
7.	Sprawdzenie poprawnie obliczonego dochodu		

pieczętka imienna pracownika PCPR przyjmującego wniosek

data, podpis:

INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

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

Imię i nazwisko uczestnika turnusu

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania*

.....

Rodzaj turnusu

.....

Termin turnusu: od do

Dane organizatora turnusu:

Nazwa i adres z kodem pocztowym

.....

.....

Dane ośrodka, w którym odbędzie się turnus:

Nazwa i adres z kodem pocztowym

.....

.....

Oświadczam, że nie korzystam z dofinansowania uczestnictwa w wyżej wymienionym turnusie rehabilitacyjnym przyznanego na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub o systemie społecznych albo o ubezpieczeniu społecznym rolników.

.....

(data)

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY
(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej),
opiekun prawny lub pełnomocnik

Imię i nazwisko:

PESEL lub numer dokumentu tożsamości:

Adres zamieszkania:

.....

Data urodzenia:

ustanowiony przedstawicielem* / opiekunem* / pełnomocnikiem*:

.....

postanowieniem Sądu Rejonowego:

.....

z dn. sygn. Akt*:

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*:

.....

z dn. repet. nr

.....

.....
data

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

* niepotrzebne skreślić

g