



**DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO****DANE PERSONALNE**

Imię .....

Nazwisko .....

Data urodzenia:..... r.

PESEL          NIP         Pełnoletni:  tak  nie**MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)**

(jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)

Kod pocztowy   -     .....  
(poczta)

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... Nr m. ....

Powiat .....

Województwo .....

 miasto wieś**2. STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY /DZIECKA / PODOPIECZNEGO** całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji znaczny stopień I grupa inwalidzka całkowita niezdolność do pracy umiarkowany stopień II grupa inwalidzka częściowa niezdolność do pracy lekki stopień III grupa inwalidzka ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (wydawane do 16 roku życia)Ww. dokument jest ważny:  okresowo do .....  bezterminowo**3. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY/DZIECKA/ PODOPIECZNEGO UTRUDNIAJĄCY KOMUNIKOWANIE SIĘ WYNIKAJĄCY Z ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** NARZĄD RUCHU, w zakresie: obu kończyn dolnych jednej kończyny dolnej

z koniecznością porusza się przy pomocy

 wózka inwalidzkiego kul INNA DYSFUNKCJA NARZĄDU RUCHU ..... NARZĄD WZROKU, w zakresie: osoba niewidoma osoba niedowidząca NARZĄD SŁUCHU, w zakresie: osoba niesłysząca osoba niedosłysząca INNA DYSFUNKCJA NARZĄDU SŁUCHU I MOWY..... DEFICYT ROZWOJOWY ( jaki?) ..... CHOROBA PSYCHICZNA ( jaka?)..... INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności utrudniające komunikowanie się .....

**4. WYKSZTAŁCENIE WNIOSKODAWCY/DZIECKA/ PODOPIECZNEGO**

<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> zawodowe
<input type="checkbox"/> średnie ogólne	<input type="checkbox"/> średnie zawodowe	<input type="checkbox"/> policealne
<input type="checkbox"/> wyższe	<input type="checkbox"/> inne, jakie:	
<input type="checkbox"/> nie realizuje obowiązku szkolnego	<input type="checkbox"/> jest w trakcie realizacji obowiązku szkolnego (podać nazwę szkoły).....	

**5. DODATKOWE KWALIFIKACJE WNIOSKODAWCY/DZIECKA/ PODOPIECZNEGO**

<input type="checkbox"/> prawo jazdy	<input type="checkbox"/> obsługa urządzeń biurowych
<input type="checkbox"/> znajomość języków obcych	<input type="checkbox"/> inne, jakie:.....
<input type="checkbox"/> obsługa komputera	
wykonywane zawody .....	

**6. SYTUACJA ZAWODOWA WNIOSKODAWCY/DZIECKA/PODOPIECZNEGO**

<input type="checkbox"/> zatrudniony w .....	<input type="checkbox"/> prowadzący działalność gospodarczą	<input type="checkbox"/> osoba powyżej 18 lat ucząca się
<input type="checkbox"/> na czas określony do dnia.....		
<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony		
<input type="checkbox"/> emeryt	<input type="checkbox"/> rencista	<input type="checkbox"/> dzieci i młodzież do lat 18
<input type="checkbox"/> bezrobotny zarejestrowany w PUP od dnia.....	<input type="checkbox"/> bezrobotny poszukujący pracy zarejestrowany w PUP od dnia.....	<input type="checkbox"/> inne, jakie: .....
<input type="checkbox"/> bezrobotny niezarejestrowany w PUP	<input type="checkbox"/> bezrobotny poszukujący pracy niezarejestrowany w PUP	

**7. WNIOSKODAWCA/DZIECKO/PODOPIECZNY zamieszkuje**

<input type="checkbox"/> samotnie	<input type="checkbox"/> z rodziną	<input type="checkbox"/> z osobami niespokrewnionymi
czy wspólnie z wnioskodawcą /dzieckiem /podopiecznym zamieszkują inne osoby niepełnosprawne :		
<input type="checkbox"/> tak, proszę podać ilość osób i stopień niepełnosprawności .....		
<input type="checkbox"/> nie		

**8. PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA .....**



**15. CZY WNIOSKODAWCA/DZIECKO/PODOPIECZNY POSIADA SPRZĘT KOMPUTEROWY**

tak, podać rok zakupu .....

nie

**16. CZY WNIOSKODAWCA/DZIECKO/PODOPIECZNY BYŁ STRONĄ UMOWY O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON I UMOWA TA ZOSTAŁA ROZWIĄZANA Z PRZYCZYŃ LEŻĄCYCH PO STRONIE WNIOSKODAWCY**

tak, podać datę .....

nie

**17. CZY WNIOSKODAWCA POSIADA WYMAGALNE ZOBOWIĄZANIA WOBEC PFRON**

tak, podać rodzaj i wysokość w zł. wymagalnego zobowiązania .....

nie

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

**18. CZY PLANOWANE DO REALIZACJI ZADANIE BĘDZIE FINANSOWANE Z INNYCH ŹRÓDEŁ NIŻ PFRON ( np. sponsor, GOPS, MOPS)**

tak, podać wysokość dofinansowania.....

nie

**19. UZASADNIENIE CELU DOFINANSOWANIA** ( wpisać informacje uzasadniające ubieganie się o dofinansowanie oraz cel jakiemu ono będzie służyć )

**20. OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW I LICZBIE OSÓB POZOSTAJĄCYCH WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM**

		Średni miesięczny dochód
1.	Wnioskodawca: .....	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – <b>poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą:</b>		<b>X</b>
2.		
3.		
4.		
5.		
<b>RAZEM</b>		

Oświadczam, że średni miesięczny dochód\* przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wyniósł ..... zł ..... gr.

Powyższy dochód nie jest obciążony z tytułu wyroków sądowych lub innych tytułów.

Zgodnie z art.75 KPA, uprzedzony/ a o odpowiedzialności karnej z art.233 KK za fałszywe zeznanie, prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

**Dochód\*** – oznacza przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (tj. Dz. U. 2017 r. POZ.1952) podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

Do dochodu **wlicza się**, m.in. przychody podlegające opodatkowaniu, dochód z działalności gospodarczej / rolniczej, renty, emerytury, zasiłki chorobowe, alimenty na rzecz dzieci, stypendia określone w przepisach o systemie oświaty, dochody uzyskane z gospodarstwa rolnego, świadczenia określone w przepisach o wykonywaniu mandatu posła i senatora, zaliczkę alimentacyjną

Do dochodu **nie wlicza się** zasiłków z pomocy społecznej, takich jak zasiłek rodzinny, zasiłek pielęgnacyjny, zasiłek okresowy, zasiłek stały.

## 21. ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU

L.p.	Nazwa załącznika	załączono	uzupełniono
1.	Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik (oryginał do wglądu)		
2.	Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wraz z Wnioskodawcą w przypadku takich osób (oryginał do wglądu)		
3.	Aktualne zaświadczenie lekarskie wypełnione przez lekarza specjalistę ( <u>wypisane czytelnie i w języku polskim</u> ) informujące o rodzaju niepełnosprawności, stanie zdrowia wraz z informacją o występujących trudnościach poruszaniu się – <b>nie starsze niż 3 miesiące</b> – sporządzone wg wzoru stanowiącego załącznik do wniosku.		
4.	Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy		
5.	Zaświadczenie o pobieraniu nauki ze szkoły lub uczelni – dotyczy osób uczących się		
6.	Kopia decyzji o przyznaniu zasiłku pielęgnacyjnego bądź dodatku pielęgnacyjnego, w przypadku jego pobierania (oryginał do wglądu)		
7.	Kopia decyzji o przyznaniu świadczeń pomocy społecznej, jeżeli taki występują (oryginał do wglądu)		
8.	Opinia specjalisty o konieczności posiadania wnioskowanego urządzenia jako dokument potwierdzający zasadność zakupu sprzętu przeznaczonego do likwidacji barier w komunikowaniu się *		
9.	Oferta cenowa		

### Oświadczam, że :

- 1) 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 (odpowiedzialność karna przewidziana w art. 233 § 1 i 2 Kodeksu Karnego),
- 2) posiadam środki własne na pokrycie wkładu własnego będącego uzupełnieniem dofinansowania,
- 3) jestem / nie jestem płatnikiem VAT (niepotrzebne skreślić),
- 4) w przypadku zmiany danych podanych we wniosku zobowiązuje się niezwłocznie o tym fakcie powiadomić PCPR ,
- 5) przyjmuję do wiadomości, iż złożenie niniejszego wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania,
- 6) przyjmuję do wiadomości, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed zawarciem umowy o dofinansowanie,
- 7) przyjmuję do wiadomości, że w przypadku znacznego niedoboru środków PFRON w stosunku do istniejących potrzeb procent dofinansowania określony jako maksymalny 95%, może zostać obniżony.

.....  
data i podpis Wnioskodawcy

**We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, 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 rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.**

### Uwaga:

W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę we wniosku informacji niezgodnych z prawdą, decyzja, na podstawie której przyznano środki finansowe PFRON, zostanie anulowana a Wnioskodawca zobowiązany zostanie do zwrotu przekazanych środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonania płatności tych środków.

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH ZWIĄZANYCH Z  
REALIZACJĄ ZADANIA KTÓREGO DOTYCZY WNIOSK**

Dane osobowe przekazane przez Wnioskodawcę do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Kunie przy ul. Krzywoustego 11 (administratora danych) będą przetwarzane w celu realizacji zadania, którego dotyczy wniosek. Wnioskodawca posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku i przyznaniem dofinansowania.

.....  
*(imię i nazwisko Wnioskodawcy)<sup>1</sup> (adres: miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)*

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego<sup>2</sup>:

.....  
*(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)*

przez PCPR z siedzibą w Kutnie przy ul. Krzywoustego 11 (administrator danych) w celach związanych z realizacją zadania którego dotyczy wniosek, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj.Dz. U. 2016 r. poz. 922.). Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

.....  
data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie  
Data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

---

<sup>1</sup> niniejsze oświadczenie składa Wnioskodawca oraz dodatkowo i odrębnie - inne pełnoletnie osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do PCPR przez Wnioskodawcę we wniosku o dofinansowanie

<sup>2</sup> o ile dotyczy - niepotrzebne skreślić



## WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU - WYPEŁNIA PCPR

Wniosek złożono w dniu.....

Brakujące dokumenty : nr.....

Wezwanie do uzupełnienia : wysłano.....odebrano.....Wniosek uzupełniono dnia :.....

Wniosku nie uzupełniono w terminie .....w związku z tym pozostanie bez rozpatrzenia.

Lp.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe):	UWAGI
1	Wnioskodawca/ dziecko/ podopieczny spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
2	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z katalogiem	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
3	Wysokość wnioskowanej kwoty dofinansowania jest zgodna z przepisami	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
4	Deklarowany przez Wnioskodawcę udział własny spełnia warunki określone w przepisach	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
5	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
6	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
7	Wniosek zawiera wszystkie wymagane podpisy (osób do tego uprawnionych)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
8	Wniosek jednorazowo uzupełniony we wskazanym terminie	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
9	Wniosek kompletny w dniu przyjęcia	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	

Data weryfikacji formalnej wniosku:

...../...../ .201.....r.

Weryfikacja formalna wniosku:  pozytywna

negatywna

*pieczętka imienna pracownika PCPR  
dokonującego weryfikacji formalnej wniosku*

*data, podpis:*

**PROTOKÓŁ Z POSIEDZENIA POWIATOWEJ SPOŁECZNEJ RADY DO SPRAW OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

pozytywna:

negatywna:

**PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI ..... zł, .....%**

**UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:**

**Podpisy członków Komisji:**

1. Monika Kaźmierska .....

2. Tamara Włodarczyk .....

3. Barbara Sitkiewicz .....

4. Janusz Szymański .....

5. Michał Kacprzak .....

.....  
(protokół sporządził podpis)