

**Zarządzenie Nr 2/2015**  
**Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wągrowcu**  
**z dnia 21 kwietnia 2015 roku**

**w sprawie wprowadzenia Regulaminu udzielania osobom fizycznym dofinansowania na likwidację barier w komunikowaniu się i technicznych ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

Na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych ( t.j. Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz, 721 z póź. zm.) oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 roku w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2013 r., poz. 1190 z póź. zm.)

**§.1.** Wprowadza się Regulamin udzielania osobom fizycznym dofinansowania na likwidację barier w komunikowaniu się i technicznych ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w Powiecie Wągrowieckim w brzmieniu załącznika do niniejszego zarządzenia.

**§.2.** Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od 1 stycznia 2015 roku.

**§ 3. 1.** Z dniem wejścia w życie Regulaminu traci moc Regulamin wprowadzony Zarządzeniem Nr 2/2010 Kierownika Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wągrowcu.

2. Sprawy wszczęte, a nie zakończone podlegają rozpatrzeniu zgodnie z niniejszym zarządzeniem.

Dyrektor PCPR Wągrowiec

## **R e g u l a m i n**

### **udzielania osobom fizycznym dofinansowania na likwidację barier w komunikowaniu się i technicznych - „bariery funkcjonalne” ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych obowiązujący w Powiecie Wągrowieckim**

#### **I. Przepisy ogólne**

§ 1. 1.Regulamin udzielania dofinansowania do likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych zwanych dalej „barierami funkcjonalnymi” ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zwany dalej „Regulaminem”, określa:

- a) warunki, jakie muszą spełnić Wnioskodawcy, ubiegający się o udzielenie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zwanego dalej „Funduszem/PFRON”,
- b) tryb składania, zasady rozpatrywania i wzór wniosku o udzielenie dofinansowania,
- c) zasady ustalania wysokości i rozliczania przyznanego dofinansowania,
- d) katalog zawierający wykaz urządzeń, inwestycji lub innych czynności z zakresu likwidacji „barier funkcjonalnych”, realizowanych w zależności od rodzaju niepełnosprawności;

§ 2. Wnioski złożone do dnia wprowadzenia niniejszego Regulaminu zachowuje ważność,

§ 3. Regulamin został opracowany na podstawie przepisów ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 2011, Nr 127 poz. 721 z późn. zm.) oraz Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002r. przy uwzględnieniu obowiązujących Standardów Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

#### **II. Podstawowe zasady dotyczące dofinansowania**

- § 4. 1.Wysokość dofinansowania dla osoby fizycznej wynosi do 95% wartości realizowanego zadania, z tym, że nie może przekroczyć piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia.
2. Wnioskodawcy posiadają wymagalny udział własny w kosztach wnioskowanego sprzętu.
- 3.Dofinansowanie likwidacji barier nie przysługuje osobom niepełnosprawnym, które w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku uzyskały odpowiednio na ten cel dofinansowanie z środków PFRON.
- 4.Realizacja zadania, do którego przyznano dofinansowanie, powinno nastąpić w tym samym roku kalendarzowym.

#### **III. Tryb składania, zasady rozpatrywania i wzór wniosku o udzielenie dofinansowania**

- § 5. 1. Wniosek o udzielenie dofinansowania, w formie papierowej, wraz z określonymi w formularzu wniosku załącznikami należy złożyć w sekretariacie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie Wągrowcu, zwanym dalej „Centrum/PCPR”.
2. Wnioski o udzielenie dofinansowania są przyjmowane w każdym czasie.
3. **Wzór wniosku określa załącznik nr 1.**

4. Nie podlegają rozpatrzeniu wnioski:

- a) niekompletne, z zastrzeżeniem ust. 7 i 8,
- b) osób, którym w okresie 2 lat poprzedzających rok złożenia wniosku, Starosta Wągrowiecki wypowiedział umowę o dofinansowanie ze środków PFRON z przyczyn, na które Wnioskodawca mógł mieć wpływ.

5. Wnioskodawca winien złożyć wniosek wraz z:

- a) dokumentem potwierdzającym status osoby niepełnosprawnej ;
- b) aktualnym *zaświadczeniem lekarskim specjalisty* potwierdzającym, iż wnioskowany sprzęt jest niezbędny Wnioskodawcy w prawidłowym funkcjonowaniu,
- b) ofertą cenową (wyceną wstępną) wnioskowanego sprzętu.

6. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w ciągu 10 dni od dnia złożenia wniosku informuje wnioskodawcę o występujących we wniosku uchybieniach, które powinny zostać usunięte w terminie 30 dni.

7. Nieusunięcie uchybień w wyznaczonym terminie powoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.

8. W przypadku powzięcia wątpliwości odnośnie do podanych we wniosku o dofinansowanie danych, w szczególności co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, mających wpływ na przyznanie dofinansowania, Centrum wzywa wnioskodawcę do złożenia wyjaśnień lub niezbędnych dokumentów w terminie maksymalnie 14 dni, licząc od dnia otrzymania wezwania.

9. PCPR rozpatruje wniosek w terminie 30 dni od dnia złożenia kompletnego wniosku.

10. PCPR informuje wnioskodawcę o sposobie rozpatrzenia wniosku w terminie 7 dni od dnia jego rozpatrzenia.

11. Wniosek stanowi podstawę do zawarcia umowy cywilnoprawnej i jego rozpatrzenie nie podlega przepisom kodeksu postępowania administracyjnego.

12. PCPR nie refunduje kosztów związanych z przygotowaniem wniosku o dofinansowanie.

**§ 6.** 1. Zarząd Powiatu Wągrowieckiego decyduje o ostatecznej wysokości kwoty przyznanego dofinansowania.

2. PCPR opracowuje dla potrzeb Zarządu Powiatu Wągrowieckiego rekomendacje dla złożonych kompletnych wniosków o dofinansowanie, uwzględniając przy tym w szczególności:

- stopień niepełnosprawności Wnioskodawcy;
- sytuację dochodową i społeczną Wnioskodawcy;
- celowość, zasadność i niezbędność użytkowania sprzętu w celu likwidacji barier funkcjonalnych;
- inne istotne okoliczności.

3. O przyznaniu lub odmowie przyznania dofinansowania oraz o warunkach umowy zawieranej z wnioskodawcą informuje Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie.

#### **IV. Zasady ustalania wysokości, przekazywania środków i rozliczania przyznanego dofinansowania**

**§ 7.** 1. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów zakupu sprzętu zakupionego przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem przez wnioskodawcę umowy ze Starostą.

2. Przekroczenie kosztów ponad wysokość określoną w ofercie cenowej, także w przypadkach, gdy dla prawidłowej realizacji zadania niezbędne było dokonanie zakupu dodatkowych materiałów lub urządzeń, Wnioskodawca pokrywa ze środków własnych.

3. Wnioskodawca obowiązany jest do powiadomienia Centrum w formie pisemnej, o każdej okoliczności mającej wpływ na termin lub zakres realizacji jego zobowiązań, w terminie 7 dni

od zaistnienia zdarzenia.

**§ 8.** 1. Przekazanie środków Funduszu na realizację zadania następuje na podstawie pisemnej umowy, zawartej pomiędzy Starostą a wnioskodawcą.

2. Przekazanie środków Powiatu następuje, zgodnie z zapisami umowy, przelewem na wskazany przez wnioskodawcę rachunek bankowy lub na rachunek sprzedawcy wynikający z dokumentów finansowych.

3. Przelew dokonywany jest po dostarczeniu przez wnioskodawcę faktur, rachunków wystawionych na wnioskodawcę przez dostawców towarów - o terminie płatności nie krótszym niż 30 dni od daty ich wystawienia, z zastrzeżeniem ust. 5.

4. Wnioskodawca obowiązany jest ponadto do:

1) przedłożenia w PCPR dokumentów, o których mowa w ust. 3, w terminie 14 dni od daty ich wystawienia,

2) przedstawienia w PCPR dowodu zapłaty udziału własnego w kosztach zadania, jako podstawę do wypłacenia kwoty określonej w umowie o dofinansowanie.

5. Przekazanie środków finansowych Powiatu następuje w terminie do 14 dni od dnia złożenia wymaganego kompletu dokumentów.

6. W rozliczeniu nie uwzględnia się kosztów opłat i kar umownych, a także podatku od towarów i usług w przypadku wnioskodawców, będących płatnikami podatku VAT.

7. O przekazaniu dofinansowania Centrum informuje wnioskodawcę na piśmie.

## **V. Katalog zawierający wykaz urządzeń, inwestycji lub innych czynności z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych**

### **A - dla osób niepełnosprawnych ruchowo, z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim oraz osób z dysfunkcją narządu ruchu:**

a) dostawę, zakup i montaż:

-podnośnika,

-platformy schodowej,

-transportera schodowego,

-wózka elektrycznego wraz z ewentualnym dodatkowym oprzyrządowaniem,

-innych urządzeń do transportu pionowego,.

b) 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 zamieszkałej samotnie lub z inną osobą niepełnosprawną z powodu dysfunkcji narządu ruchu,

c) przystosowanie wyposażenia kuchni do samodzielnej obsługi przez osobę niepełnosprawną, w tym:

-obniżenie i obudowanie 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 zatrzasków magnetycznych,

d) zakup i montaż telefonu,

e) zakup i montaż faksu lub telefaksu, ( dla osób czynnych zawodowo)

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

g) zakup akumulatora do wózka akumulatorowego i innych części,

#### **B - dla osób z dysfunkcją narządu wzroku:**

a) zakup i montaż instalacji dźwiękowej

-sygnalizacyjnej i alarmowej,

b) oznakowanie wyposażenia lokalu i ciągów komunikacyjnych różnym kolorem lub fakturą,

c) 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 zamieszkałej samotnie lub z inną osobą niepełnosprawną,

d) 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 zamieszkałej samotnie lub z inną osobą niepełnosprawną,

e) zakup i montaż telefonu,

f) wykonanie dodatkowego oświetlenia w pomieszczeniu lub zmiana sposobu oświetlenia dla wnioskodawców o umiarkowanym i znacznym stopniu niepełnosprawności,

h) zainstalowanie domofonu,

#### **C - dla osób z dysfunkcją narządu słuchu:**

a) zakup i montaż specjalistycznej sygnalizacji świetlnej:

-wyposażenie dzwonka do drzwi w sygnalizację świetlną,

-wyposażenie telefonu w sygnalizację świetlną,

-sygnalizatory optyczne do telefonów, tekstofonów, telefaksów i wideofonów,

b) zakup budzików świetlnych i wibracyjnych,

c) zakup i instalacji aparatów (faksu, telefaksu, tekstofonu, wideofonu) dla osób niepełnosprawnych czynnych zawodowo,

d) zakup telefonów z cewką indukcyjną w słuchawce albo wzmacniaczem lub zakup wzmacniacza do telefonu,

e) zakup przenośnych indywidualnych wzmacniaczy dźwięku, słuchawek, minipętleinduktofonicznych,

f) zakup indywidualnych urządzeń akustycznych przybliżających dźwięk (działających na FM lub podczerwień),

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

h) refundację różnicy kosztów między ceną telewizora z teletekstem i ceną telewizora bez teletekstu -przy udokumentowanym zakupie przez osobę niepełnosprawną (zamieszkałą samotnie lub z inną osobą niepełnosprawną),

#### **D - dla osób z dysfunkcją narządu mowy:**

a) zakup i montaż faksu lub telefaksu,

Jeżeli wnioskodawca nie określił we wniosku zakresu likwidacji barier -zakres dofinansowania, w zależności od rodzaju niepełnosprawności i stopnia samodzielności wnioskodawcy, ustala w porozumieniu z wnioskodawcą - Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie.

**VI. Katalog osób uprawnionych do otrzymania dofinansowania do sprzętu komputerowego lub jego elementów lub oprogramowania** – (należy przez to rozumieć w szczególności urządzenia elektroniczne lub ich elementy i dedykowane dla nich oprogramowanie, umożliwiające ograniczenie skutków rodzaju i stopnia niepełnosprawności); **lub urządzeń brajlowskich** – (należy przez to rozumieć w szczególności elektroniczne urządzenia, zdolne tworzyć wypukłą formę informacji wyjściowej, możliwą do odczytu przy pomocy zmysłu dotyku):

1. **Osoby z dysfunkcją obu kończyn górnych** – należy przez to rozumieć stan potwierdzony zaświadczeniem lekarskim, m.in.: wrodzony brak lub amputację obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia a także dysfunkcję charakteryzującą się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych, wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. porażenia mózgowie, choroby neuromięśniowe);

2. **Osoby z dysfunkcją narządu wzroku** - należy przez to rozumieć dysfunkcję wzroku stanowiącą powód wydania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności poparte zaświadczeniem lekarza okulisty, a także w przypadku:

1) gdy dysfunkcja narządu wzroku nie jest przyczyną wydania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, ale wnioskodawca przedłoży zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza okulistę potwierdzające, że osoba niepełnosprawna, której dotyczy wniosek, ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 lub ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni;

2) osób niepełnosprawnych w wieku do 16 roku życia, gdy wnioskodawca przedłoży zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza okulistę potwierdzające, że osoba niepełnosprawna, której dotyczy wniosek, ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1 lub ma zwężenie pola widzenia do 40 stopni;

3. **Osoby głuchoniewidome** – należy przez to rozumieć osoby niepełnosprawne, która na skutek równoczesnego uszkodzenia słuchu i wzroku napotykają na bardzo duże trudności w wymianie informacji oraz w komunikowaniu się, stan ten musi być potwierdzony zaświadczeniem lekarskim;

**VII. W szczególnych i uzasadnionych przypadkach, dofinansowaniem mogą być objęte zakupy urządzeń (wraz z montażem), wykonanie usług z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych nie ujętych w katalogu.**

Nr sprawy PC.55 . . . .201....  
Data wpływu

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

**Wnioskodawca**

Imię i nazwisko .....

Dowód osobisty – seria ..... nr ..... wydany dnia ..... przez .....

.....ważny do.....

PESEL.....

Miejsce zamieszkania - miejscowość .....

ulica....., nr domu ....., nr lokalu.....

kod pocztowy ..... - ..... poczta .....

Nr telefonu .....

**Rodzie/opiekun małoletniego Wnioskodawcy, opiekun/pelnomocnik osoby dorosłej**

Imię i nazwisko .....

Dowód osobisty – seria ..... nr ..... wydany dnia ..... przez .....

.....ważny do.....

PESEL.....

Miejsce zamieszkania - miejscowość .....

ulica....., nr domu ....., nr lokalu.....

kod pocztowy ..... - ..... poczta .....

Nr telefonu .....

ustanowiony opiekunem/pelnomocnikiem .....

- postanowieniem Sądu Rejonowego w ..... z dnia .....

sygn. Akt .....

- na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez

Notariusza ..... z dnia ..... repet.

Nr .....

**Informacje o przedmiocie dofinansowania ze środków PFRON.**Przedmiot dofinansowania *(należy podać nazwę urządzenia i/lub rodzaj usługi)*

.....

.....

.....

.....

Koszt realizacji zadania ..... zł

Kwota wnioskowana ze środków PFRON ..... zł, co stanowi ..... %

ceny brutto, pomniejszonej o udział własny i ewentualne dofinansowanie z innych źródeł.

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

Krótkie uzasadnienie składanego wniosku

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

<b>1. Znaczny</b>	
Inwalida I grupy	
Osoba całkowicie niezdolna do pracy i samodzielnej egzystencji	
Osoba stale lub długotrwale niezdolna do pracy w gospodarstwie rolnym, której przysługuje zasiłek pielęgnacyjny (z wyjątkiem orzeczeń wydanych przez KRUS po dniu 1 stycznia 1998 roku)	
Osoba w wieku do 16 lat (w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat), której przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
<b>2. Umiarkowany</b>	
Inwalida II grupy	
Osoba całkowicie niezdolna do pracy	



<b>3. Lekki</b>	
Inwalida III grupy	
Osoba częściowo niezdolna do pracy	
Osoba częściowo niezdolna do pracy w gospodarstwie rolnym (z wyjątkiem orzeczeń wydanych przez KRUS po dniu 1 stycznia 1998 roku)	

## II. Rodzaj niepełnosprawności (zaznaczyć)

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

## III. Sytuacja zawodowa (zaznaczyć)

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

\* niepotrzebne skreślić

## VI. Korzystanie ze środków PFRON (zaznaczyć)

1.	Na likwidację barier:	
	- nie korzystałem	
	- korzystałem	
	a) przedmiot dofinansowania .....	
	b) data otrzymania dofinansowania .....	
	c) kwota dofinansowania .....	
2.	Korzystałem na inne cele ustawowe i rozliczyłem się	
3.	Korzystałem na inne cele ustawowe i jestem w trakcie rozliczenia	
4.	Korzystałem i nie rozliczyłem się	

## VII Informacja o ewentualnych dofinansowaniach z innych źródeł, przeznaczonych na ten sam cel.

.....

.....

W przypadku, gdy PCPR poweźmie wątpliwości odnośnie do podanych we wniosku danych, w szczególności co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gosp.domowym, wezwie wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.

Świadomy odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 ustawy z dnia 06.06.1997r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88 poz. 553 z późn. zm.) za składanie nieprawdziwych zeznań oświadczam, że dane zawarte we wniosku zgodne są ze stanem faktycznym.

O wszelkich zaistniałych zmianach mających wpływ na realizację wniosku zobowiązuję się powiadomić w terminie 7 dni.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Powiat Wągrowiecki/Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wągrowcu zgodnie z ustawą z dnia 26 czerwca 2014 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2014r., poz. 1182 z późn. zm.).

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

### **Załączniki do wniosku:**

1. Kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik.
2. Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, **(zał. nr 1 do wniosku)**
4. Oświadczenie o dochodach Wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą **(zał. nr 2 do wniosku)**
5. Kserokopia decyzji o przyznaniu zasiłku pielęgnacyjnego, w przypadku jego pobierania.
6. Kserokopia decyzji o przyznaniu świadczeń pomocy społecznej, jeżeli takie występują.
7. Zgoda właściciela budynku lub lokalu mieszkalnego, jeżeli taka zgoda jest wymagana.
8. FV PRO FORMA, oferta cenowa, kosztorys (wystawia sprzedawca wnioskowanego sprzętu i usługi).

Decyzja Zarządu Powiatu Wągrowieckiego o przyznaniu dofinansowania:

.....  
.....

.....  
podpis pracownika

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA w ramach likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych

Imię i nazwisko pacjenta.....

Data urodzenia ..... pesel .....

1. Krótki opis dysfunkcji.....

.....

### 2. Podstawowe informacje\* (\*proszę właściwie zaznaczyć znakiem **X**):

dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim*	
inna dysfunkcja narządu ruchu*	
dysfunkcja narządu wzroku*	
dysfunkcja narządów słuchu i mowy*	
deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)*	
niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia*	

- powoduje znaczne trudności w poruszaniu się i komunikowaniu      **tak\***    **nie\***

- kwalifikuje do ubiegania się o dofinansowanie      **tak\***    **nie\***

### 3. Dodatkowe informacje (należy wypełnić gdy dotyczą osoby niepełnoletniej)

<p>a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:</p> <p><input type="checkbox"/> jednego oka    <input type="checkbox"/> obydwu oczu</p> <p>b) Pacjent ma zwężone pole widzenia: <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i></p> <p><input type="checkbox"/> w oku lewym do: ..... stopni</p> <p><input type="checkbox"/> w oku prawym do: ..... stopni</p> <p>c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji): <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i></p> <p><input type="checkbox"/> w oku lewym wynosi: .....</p> <p><input type="checkbox"/> w oku prawym wynosi: .....</p> <p>d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:</p> <p><input type="checkbox"/> tak      <input type="checkbox"/> nie</p>	<p>pieczętka i podpis lekarza</p>
<p>Wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia</p>	<p>pieczętka i podpis lekarza</p>
<p>Dysfunkcja charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie <u>obu kończyn górnych</u>, wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii. Proszę o podanie dysfunkcji: .....</p>	<p>pieczętka i podpis lekarza</p>

4. Dodatkowe informacje (należy wypełnić gdy dotyczą osoby niepełnoletniej)

Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętka i podpis lekarza
Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętka i podpis lekarza
Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętka i podpis lekarza
Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętka i podpis lekarza
Dysfunkcja obu kończyn dolnych	pieczętka i podpis lekarza

Ponadto na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

<p>1. Pacjent <b>może</b> poruszać się na wózku inwalidzkim o napędzie <b>ręcznym</b>:</p> <p><input type="checkbox"/> <b>tak</b>                      <input type="checkbox"/> <b>nie</b></p> <p>2. Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym jest <b>niewskazane</b>, gdyż może spowodować wstrzymanie lub pogorszenie procesu rehabilitacji lub wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn górnych:</p> <p><input type="checkbox"/> <b>tak</b>                      <input type="checkbox"/> <b>nie</b></p> <p>3. <b>Przeciwwskazania</b> do korzystania z wózka o napędzie elektrycznym (np. utraty przytomności, epilepsja): .....</p> <p>..... <input type="checkbox"/> <b>brak przeciwwskazań</b></p>	<p>pieczętka i podpis lekarza</p>
--	-----------------------------------

5. Pacjent wymaga likwidacji barier i wskazany jest zakup: .....

dnia .....

.....  
pieczętka i podpis lekarza specjalisty

## OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że średni miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych, pomniejszony o:

- obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych,
- składkę z tytułu ubezpieczeń: emerytalnego, rentowego i chorobowego
- kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób

**podzielony** przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek wynosił ..... zł

liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi .....

*Świadomy odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233§1 ustawy z 06.06 1997 Kodeks Karny (Dz.U. Nr 88 poz. 553 z późn. zm.) za składanie nieprawdziwych zeznań oświadczam, że dane zawarte w powyższym oświadczeniu są zgodne są ze stanem faktycznym.*

.....  
(podpis Wnioskodawcy)