

**Uchwała Nr 9/02/2019
Zarządu Powiatu Lwóweckiego
z dnia 8 stycznia 2019 roku**

w sprawie przyjęcia „Procedur ubiegania się o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych będących w dyspozycji Powiatu Lwóweckiego”

Na podstawie art. 36 ust.1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz.U.2018.995 t.j. ze zm.) w związku z art. 35 a ust. 1 pkt 7 lit. d ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U.2018. 511 t.j. ze zm.), oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz.U.2015.926 t.j.)

Zarząd Powiatu Lwóweckiego, uchwala co następuje:

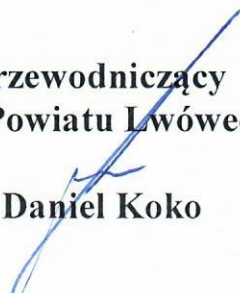
§ 1. Przyjmuje się „Procedury ubiegania się o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych będących w dyspozycji Powiatu Lwóweckiego” stanowiące załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Kierownikowi Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lwówku Śląskim.

§ 3. Traci moc Uchwała Nr 53/114/07 Zarządu Powiatu w Lwówku Śląskim z dnia 19 września 2007 r.

§ 4. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia z mocą od 1 stycznia 2019 r.

**Przewodniczący
Zarządu Powiatu Lwóweckiego**


Daniel Koko

Uzasadnienie

do Uchwały Nr 9/02/2019

Zarządu Powiatu Lwóweckiego

z dnia 8 stycznia 2019 roku

Obowiązujące rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych nie stanowi o procedurach, jakimi należy kierować się przy rozpatrywaniu wniosków o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się. Organy realizujące to zadanie, określają zasady stosowane przy ustalaniu dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Zmiany wynikają z konieczności dostosowania obowiązujących zasad, dotyczących ubiegania się o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się ze środków PFRON będących w dyspozycji Powiatu Lwóweckiego, do przepisów prawa w zakresie ochrony danych osobowych, a także doprecyzowania trybu rozpatrywania wniosków osób niepełnosprawnych.



Załącznik
do Uchwały Nr 9/02/2019
Zarządu Powiatu Lwóweckiego
z dnia 8 stycznia 2019 roku

Procedury ubiegania się o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych będących w dyspozycji Powiatu Lwóweckiego

I. Postanowienia ogólne

Ilekoć w uchwale i w niniejszym załączniku jest mowa o:

- 1) **Staroście** – należy przez to rozumieć Starostę Lwóweckiego;
- 2) **Centrum lub PCPR** – należy przez to rozumieć Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lwówku Śląskim;
- 3) **ustawie** – oznacza to ustawę z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U.2018.511 t.j. ze zm.);
- 4) **rozporządzeniu** – oznacza to rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz.U.2015.926 t.j.);
- 5) **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 (Dz.U.2018.1270 t.j. ze zm.);
- 6) **niepełnosprawnym** – oznacza to osobę, której niepełnosprawność została potwierdzona orzeczeniem określonym w ustawie;
- 7) **PFRON** - oznacza to Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;
- 8) **Wnioskodawcy** - oznacza to osobę niepełnosprawną, występującą o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się ze środków PFRON;
- 9) **wniosku** – oznacza to wypełniony, kompletny formularz wniosku wraz z załącznikami;
- 10) **umowie** – oznacza to umowę zawartą pomiędzy Wnioskodawcą, a Starostą o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się;

- 11) **Komisji**- oznacza to Komisję do spraw opiniowania wniosków dotyczących dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się w miejscu zamieszkania osób niepełnosprawnych powołaną zarządzeniem Starosty Lwóweckiego;
- 12) **dochodzie Wnioskodawcy** – oznacza to dochód określony w ustawie z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz.U.2018.2220 t.j. ze zm.).

II Tryb postępowania

A . Wnioskowanie

Wnioskodawcą może być jedynie osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy, a działania w jej imieniu może prowadzić przedstawiciel ustawowy, opiekun prawny lub jej pełnomocnik.

1. Dofinansowanie zadań następuje na pisemny wniosek złożony:
 - a) na właściwym formularzu stanowiącym **załącznik nr 1 do Procedur**;
 - b) w każdym czasie;
 - c) do Centrum.

B. Rozpatrywanie wniosków

1. Centrum rozpatruje wniosek w terminie 30 dni od dnia złożenia kompletnego wniosku, po podjęciu przez Radę Powiatu Lwóweckiego uchwały w sprawie określenia zadań, na które przeznaczają się środki Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w danym roku. W przypadku, gdy wniosek złożony zostanie przed podjęciem przez Radę Powiatu Lwóweckiego uchwały w sprawie określenia zadań, na które przeznaczają się środki Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Centrum informuje Wnioskodawcę o przewidywanym terminie jego rozpatrzenia.
2. Pracownik Centrum – specjalista ds. obsługi osób niepełnosprawnych:
 - 1) dokonuje wstępnej oceny wniosków pod względem formalnym zgodnie z **załącznikiem nr 2 do Procedur**;
 - 2) z osobą posiadającą uprawnienia budowlane przeprowadza wizję lokalową wniosków dotyczących likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej, które przeszły weryfikację formalną dokumentując stan faktyczny protokołem oraz zdjęciami;

- 3) dokonuje oceny merytorycznej wniosków, które przeszły pozytywną weryfikację formalną, zgodnie z **załącznikiem nr 3 do Procedur**.

3. Wnioski oceniane są przez Komisję do spraw opiniowania wniosków dotyczących dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się w miejscu zamieszkania osób niepełnosprawnych.
4. Kierownik Centrum zwołuje posiedzenie Komisji w sprawie zaopiniowania wniosków.
5. Decyzję o przyjęciu do realizacji wniosku i wysokości przyznanego dofinansowania podejmuje Starosta lub osoba przez niego upoważniona, po zapoznaniu się z opinią Komisji, o czym powiadamia Wnioskodawcę w formie pisemnej.
6. Decyzja o dofinansowaniu ze środków PFRON na likwidację barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się uwzględnia wysokość przyznanych na likwidację barier środków finansowych na dany rok.
7. Wnioskodawcy starający się o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, których wnioski zostały rozpatrzone pozytywnie, powiadamiani są stosownym pismem o konieczności dostarczenia dokumentów uzupełniających np.: szkiców, rysunków, kosztorysu, a w koniecznych przypadkach projektów budowlanych oraz pozwoleń.
8. Osoba posiadająca uprawnienia budowlane sprawdza dostarczone dokumenty.
9. Wnioski dotyczące likwidacji barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się, rozpatrzone negatywnie, zostają zarchiwizowane, o czym powiadamia się Wnioskodawcę stosownym pismem.
10. Wnioski nieprzyjęte do realizacji ze względu na ograniczone środki finansowe PFRON, mogą zostać ponownie opiniowane po otrzymaniu w danym roku przez Powiat Lwówecki dodatkowych środków finansowych PFRON i przyjęciu przez Radę Powiatu Lwóweckiego stosownej uchwały, po rezygnacji z przyznanego dofinansowania likwidacji barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się lub w sytuacji, gdy pozostaną środki z rozliczeń zawartych umów.

C. Zawieranie i rozliczanie umów

1. Wysokość przyznanego dofinansowania, sposób przekazania środków oraz zasady ich rozliczania określa umowa, zawarta pomiędzy Wnioskodawcą, a Starostą.
2. W przypadku wniosków dotyczących likwidacji barier architektonicznych, umowa zawierana jest po sprawdzeniu i zaakceptowaniu przez osobę posiadającą uprawnienia budowlane dostarczonych przez Wnioskodawców kosztorysów inwestorskich, rysunków, a w szczególnych przypadkach projektów budowlanych i pozwoleń.

3. Umowę sporządza się według ogólnych warunków zawierania umów określonych w § 14 ust. 2 rozporządzenia oraz w kodeksie cywilnym.
4. Wszelkie zmiany warunków umowy dokonywane są w formie pisemnej.
5. W celu rozliczenia umowy dotyczącej likwidacji barier architektonicznych, pracownik Centrum, wraz z osobą posiadającą uprawnienia budowlane, dokonują odbioru wykonanych prac w miejscu zamieszkania Wnioskodawcy, dokumentując ten fakt protokołem oraz zdjęciami.
6. W przypadku dofinansowania likwidacji barier architektonicznych, osoba z uprawnieniami budowlanymi weryfikuje kosztorys powykonawczy robót, w oparciu o dostarczone przez Wnioskodawcę faktury i/lub rachunki potwierdzające zakup materiałów.
7. Rozliczenie umowy dotyczącej dofinansowania likwidacji barier technicznych i w komunikowaniu się odbywa się w oparciu o dostarczoną przez Wnioskodawcę fakturę potwierdzającą zakup dofinansowanego sprzętu.
8. O rozliczeniu umowy oraz przekazaniu dofinansowania Wnioskodawca informowany jest w formie pisemnej.

III Zadania Komisji

Starosta powołuje w drodze zarządzenia Komisję do spraw opiniowania wniosków dotyczących dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się w miejscu zamieszkania osób niepełnosprawnych.

1. Praca Komisji wymaga obecności co najmniej trzech osób:
 - a) zwoływana jest w miarę potrzeb,
 - b) działa nieodpłatnie,
 - c) powołanie do składu Komisji jest aktualne aż do jej odwołania lub rezygnacji z uczestnictwa.
2. Zadaniem Komisji jest opiniowanie wniosków dotyczących likwidacji barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się.
3. Posiedzenie Komisji jest protokołowane.
4. Treść zawarta w protokole z prac Komisji jest opinią, która będzie wzięta pod uwagę przy podjęciu decyzji przez Starostę lub osobę przez niego upoważnioną.
5. Pierwsze posiedzenie Komisji w danym roku jest zwoływane po podjęciu przez Radę Powiatu Lwóweckiego stosownej uchwały, oraz po przeprowadzeniu wizji lokalowych wniosków dotyczących likwidacji barier architektonicznych.
6. Członkowie Komisji są zobowiązani do:
 - a) zachowania tajemnicy o Wnioskodawcach, uzyskanych w trakcie pracy Komisji;

- b) opiniowania i oceniania wniosków na podstawie przyjętych zasad oraz oceny merytorycznej wniosku;
 - c) przekazywania nieujawnionych we wniosku informacji o Wnioskodawcach, szczególnie jeśli znane są fakty nieprawdziwych informacji zawartych we wniosku, a mających znaczenie na podejmowane decyzje;
 - d) wydania negatywnej opinii w odniesieniu do wniosków budzących wątpliwość mimo uzyskania odpowiedniej liczby punktów, podając uzasadnienie np. zbyt niski stopień niepełnosprawności, wysoki status materialny Wnioskodawcy, małe ograniczenia sprawności wnioskodawcy, a wątpliwe sprawy poddać przegłosowaniu przez Komisję.
7. Ocena wniosku obejmuje zasadność realizacji zadania na podstawie wszystkich informacji, które są w posiadaniu członków Komisji, w tym informacji zawartych w nim, oraz protokole z przeprowadzonej uprzednio wizji lokalowej (w przypadku barier architektonicznych).
8. W przypadku wniosków, które wpłynęły do Centrum po posiedzeniu Komisji i rozdysponowaniu środków finansowych PFRON na ten cel, nie przeprowadza się wizji lokalowych wniosków dotyczących likwidacji barier architektonicznych oraz nie zwołuje kolejnego posiedzenia Komisji. Wnioski te zostają rozpatrzone negatywnie i odłożone a/a. Istnieje możliwość ich opiniowania przez Komisję po otrzymaniu w danym roku przez Powiat Lwówecki dodatkowych środków finansowych PFRON i przyjęciu przez Radę Powiatu Lwóweckiego stosownej uchwały, po rezygnacji z przyznanych dofinansowań likwidacji barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się lub w sytuacji, gdy pozostaną środki z rozliczeń zawartych umów. W tym przypadku, konieczne jest dokonanie wizji lokalowych wniosków dotyczących likwidacji barier architektonicznych.





**POWIATOWE CENTRUM
POMOCY RODZINIE**
w Lwówku Śląskim
ul. Szpitalna 4
59-600 Lwówek Śląski



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

e-mail: pcpr@powiatlwowecki.pl
www.pcpr.powiatlwowecki.pl

tel./fax 75 782 56 17, tel./fax 75 782 56 41, tel. 75 782 30 73

Załącznik nr 1 do Procedur

Pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

NUMER WNIOSKU:

.....
pieczęć z datą wpływu do PCPR

WNIOSEK

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
likwidacji barier architektonicznych ☐, w komunikowaniu się ☐ i technicznych ☐ w związku
z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych**
(właściwe zaznaczyć)

UWAGA! Przed wypełnieniem wniosku proszę zapoznać się z zasadami i procedurami udzielania
dofinansowania ze środków PFRON do likwidacji barier.

I Dane dotyczące Wnioskodawcy – osoby niepełnosprawnej:

Imię i nazwisko

PESEL (w przypadku jego nadania):

Adres zamieszkania:

ulica/wieś nr domu nr lokalu

kod miejscowość

telefon adres e-mail: (w przypadku podania, proszę wypełnić
zał. nr 3 do wniosku)

Numer rachunku bankowego Wnioskodawcy:

Nazwa banku

II Dane przedstawiciela ustawowego ☐ / opiekuna prawnego ☐ / pełnomocnika ☐
nie dotyczy ☐ (właściwe zaznaczyć)

Imię i nazwisko

PESEL (w przypadku jego nadania):

Adres zamieszkania:

ulica/wieś nr domu nr lokalu

kod-..... miejscowość

telefon e-mail..... (w przypadku podania, proszę wypełnić zał. nr 3 do wniosku)

Opiekun prawny ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego w
z dnia sygnatura akt

Pełnomocnik na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza nr
z dnia

III Status zawodowy Wnioskodawcy – osoby niepełnosprawnej (zaznaczyć właściwe pole):

zatrudniony/ prowadzący działalność gospodarczą lub rolniczą	
osoba ucząca się lub studiująca w wieku od 18 do 24 roku życia	
osoba bezrobotna/ osoba poszukująca pracy	
dzieci i młodzież do 18 roku życia	
rencista/emeryt	
inny (jaki).....	

IV Sytuacja rodzinna Wnioskodawcy – osoby niepełnosprawnej (zaznaczyć właściwe pole):

osoba mieszkająca samotnie	
osoba prowadząca wspólne gospodarstwo domowe	
we wspólnym gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są inne osoby niepełnosprawne	

V Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:

liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym	
miesięczny dochód* mojej rodziny obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek	
miesięczny dochód w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego	

W przypadku jakiegokolwiek zmiany dochodów przed podjęciem decyzji w sprawie wniosku o dofinansowanie, Wnioskodawca jest zobowiązany dostarczyć do PCPR w Lwówku Śląskim aktualne oświadczenie o dochodach.

* Miesięczny dochód w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych to dochód pomniejszony o obciążenia zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

VI Stan prawny dotyczący niepełnosprawności Wnioskodawcy (właściwe zaznaczyć)

☐ całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność 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 do 16 roku życia		
Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: ☐ okresowo do dnia:/ ☐ bezterminowo		
Osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim		☐ tak ☐ nie

VII Sytuacja mieszkaniowa Wnioskodawcy – opis budynku i mieszkania - wypełnić tylko w przypadku likwidacji barier architektonicznych (właściwe zaznaczyć)

1. Dom jednorodzinny ☐, wielorodzinny prywatny ☐, wielorodzinny komunalny ☐, wielorodzinny spółdzielczy ☐, inne ☐
2. Budynek parterowy ☐, piętrowy ☐ mieszkanie na (podać kondygnację)
3. Przybliżony wiek budynku lub rok budowy.....
4. 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 ☐
5. W mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej ☐, ciepłej ☐, kanalizacja ☐, centralne ogrzewanie ☐, prąd ☐, gaz ☐
6. Inne informacje o warunkach mieszkaniowych (utrudnieniach dla osoby niepełnosprawnej)

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

Numer księgi wieczystej lokalu/budynku mieszkalnego, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (należy podać w sytuacji, gdy Wnioskodawca jest właścicielem lub współwłaścicielem lokalu/budynku mieszkalnego)

.....
W przypadku, gdy Wnioskodawca nie jest właścicielem lub jest współwłaścicielem lokalu/budynku mieszkalnego, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych, wszyscy właściciele/współwłaściciele nieruchomości zobowiązani są wypełnić oświadczenie o wyrażaniu zgody na wykonanie prac związanych z likwidacją barier architektonicznych (załącznik nr 4 do wniosku)

VIII Informacje dotyczące dofinansowania ze środków PFRON (w ciągu 3 lat od daty wykorzystania środków finansowych):

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zwanego Funduszem ☐ TAK ☐ NIE				
Czy Wnioskodawca w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku był stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy ☐ TAK ☐ NIE				
Czy Wnioskodawca korzystał z dofinansowania ze środków PFRON: ☐ TAK ☐ NIE				
nr i data zawartej umowy	data przyznania dofinansowania (dot. zadań, które nie wymagają zawarcia umowy)	kwota przyznanego dofinansowania	cel	stan rozliczenia
RAZEM:			X	

IX Miejsce realizacji zadania (adres miejsca, w którym likwidowane mają być bariery)

.....

.....

.....

X Cel likwidacji barier (w uzasadnieniu proszę opisać, w jaki sposób planowane do realizacji przedsięwzięcie zlikwiduje bariery)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

XI Przedmiot dofinansowania (wykaz planowanych przedsięwzięć, inwestycji, zakupów w celu likwidacji barier):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

XII Przewidywany koszt realizacji zadania:

.....

Wnioskodawca dokonuje rozeznania we własnym zakresie cen zakupu sprzętów, urządzeń i materiałów oraz kosztów robocizny, wykonania usług, montażu i dostawy, związanych z likwidacją barier, dla własnych potrzeb wynikających ze stopnia niepełnosprawności celem określenia ceny brutto realizacji zadania.

XIII Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON (do 95% kosztów całego przedsięwzięcia):

.....zł

(słownie:.....

..... złotych)

XIV Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:

.....

.....

XV Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania:

.....

.....

.....

XVI INFORMACJA o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania:

.....

.....

.....

XVII OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY:

1. Oświadczam, że w przypadku przyznania dofinansowania będę dysponowała/ł środkami finansowymi na opłacenie wymaganego udziału własnego w postaci różnicy pomiędzy kwotą dofinansowania, ewentualnym dofinansowaniem z innych źródeł, a całkowitym kosztem realizacji zadania.
2. Przyjmuję do wiadomości, że złożenie wniosku o dofinansowanie nie jest równoznaczne z jego przyznaniem. Nie gwarantuję też, że kwota przyznanego dofinansowania będzie równa oczekiwanej przez Wnioskodawcę.
3. Świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku i załącznikach podane zostały zgodnie z prawdą.
4. Przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku podania zawartych we wniosku nieprawdziwych informacji, umowa na podstawie której przyznano środki finansowe Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zostanie rozwiązana, a Wnioskodawca zobowiązany zostanie do zwrotu przekazanych środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonania płatności tych środków.
5. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku powzięcia wątpliwości odnośnie podanych we wniosku o dofinansowanie danych, w szczególności, co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, PCPR w Lwówku Śląskim wezwie Wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.
6. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni od ich powstania.
7. Oświadczam, że są mi znane następujące informacje:
 - a) dofinansowanie nie przysługuje osobom, które w ciągu 3 lat przed dniem złożenia wniosku były stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązywanej z przyczyn leżących po stronie tej osoby,
 - b) dofinansowanie nie przysługuje, jeżeli Wnioskodawca ma zaległości wobec Funduszu,
 - c) dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie,
 - d) zakup materiałów i robocizny, a także sprzętu/urządzenia nie może nastąpić wcześniej niż podpisanie umowy,
 - e) podstawę dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych stanowi umowa zawarta pomiędzy Starostą Lwóweckim a Wnioskodawcą,
 - f) nieusunięcie braków i uchybień we wniosku w wyznaczonym przez PCPR w Lwówku Śląskim terminie skutkować będzie pozostawieniem wniosku bez rozpatrzenia
 - g) wszelkie koszty związane z przygotowaniem wniosku ponosi Wnioskodawca.
 - h) w przypadku likwidacji barier architektonicznych, po dokonaniu wizji lokalowej oraz przyjęciu wniosku do realizacji, Wnioskodawca zobowiązany będzie dostarczyć dokumenty określone w piśmie, m.in. szkic mieszkania, kosztorys inwestorski, pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach).
 - i) niniejszy wniosek zostanie rozpatrzony po otrzymaniu przez Powiat Lwówecki środków finansowych PFRON oraz przyjęciu przez Radę Powiatu Lwóweckiego uchwały w sprawie określenia zadań na które przeznacza się środki Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy, Przedstawiciela ustawowego,
Opiekuna prawnego, Pełnomocnika*)
*właściwe zaznaczyć

Załączniki wymagane do wniosku (oryginały do wglądu):

L.p.	Nazwa załącznika	wypełnia PCPR		
		Załączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia
1.	Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub kopia wypisu z treści orzeczenia traktowanego na równi z tym orzeczeniem albo kopię orzeczenia o niepełnosprawności do 16 r. ż. lub kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 roku	tak/nie	tak/nie	
2.	Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, jeśli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu – załącznik nr 1 do wniosku	tak/nie	tak/nie	
3.	Zgoda właściciela/współwłaściciela lokalu/budynku mieszkalnego na wykonanie prac związanych z likwidacją barier architektonicznych – załącznik nr 4 do wniosku	tak/nie	tak/nie	
4.	Dokument potwierdzający posiadanie innych źródeł finansowania – jeśli dotyczy	tak/nie	tak/nie	
5.	W przypadku opiekuna prawnego kopia odpisu wyroku sądu orzekającego ubezwłasnowolnienie	tak/nie	tak/nie	
6.	W przypadku pełnomocnika kopia pełnomocnictwa notarialnego	tak/nie	tak/nie	
7.	Klauzula o przetwarzaniu danych osobowych - załącznik nr 2 do wniosku	tak/nie	tak/nie	
8.	Klauzula zgody na przetwarzanie danych osobowych – załącznik nr 3 do wniosku	tak/nie	tak/nie	
9.	Oferta cenowa od sprzedawcy – dotyczy likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych	tak/nie	tak/nie	

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Wydane dla potrzeb ubiegania się o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier
architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych

Imię i nazwisko pacjenta.....
PESEL.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji*

- ☐ dysfunkcja narządu ruchu w zakresie:
- ☐ kończyn dolnych
 - ☐ kończyn górnych
- ☐ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
- ☐ dysfunkcja narządu słuchu
- ☐ dysfunkcja narządu wzroku
- ☐ upośledzenie umysłowe
- ☐ choroby neurologiczne
- ☐ chorobą psychiczną
- ☐ schorzenie układu oddechowego i krążenia
- ☐ inne (jakie?).....

Pacjent wymaga*:

1. Likwidacji barier w komunikowaniu się ☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy

Uzasadnienie oraz rodzaj sprzętu:.....
.....
.....

2. Likwidacji barier technicznych ☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy

Uzasadnienie oraz rodzaj sprzętu:.....
.....
.....

3. Likwidacji barier architektonicznych ☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy

Uzasadnienie.....
.....
.....

.....
pieczętka i podpis lekarza

*właściwe zaznaczyć

Bariera w komunikowaniu się – bariery utrudniające lub uniemożliwiające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji

Bariera techniczna – bariery utrudniające lub uniemożliwiające osobom niepełnosprawnym funkcjonowanie społeczne. Likwidacja tej bariery powinna powodować sprawniejsze działanie tej osoby w społeczeństwie i umożliwić jej funkcjonowanie w życiu codziennym.

Bariera architektoniczna – fizyczne przeszkody ograniczające osobom niepełnosprawnym m.in. dostęp do budynków, pomieszczeń, sprzętów, mebli.

KLAUZULA INFORMACYJNA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych) informuję, że:

1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lwówku Śląskim, z siedzibą przy ul. Szpitalnej 4, 59-600 Lwówek Śląski, reprezentowane przez Kierownika Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie.

2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych z którym można kontaktować się pisemnie na adres: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lwówku Śląskim, ul. Szpitalna 4, 59-600 lub e-mail: rodo@pcpr2.powiatlwowecki.pl

3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie wyrażonej przez Panią/Pana Zgody w związku z realizacją zapisów ustawy z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2018 r. poz. 511 ze zm.),

4) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie, który wynika z przepisów prawa oraz inne podmioty, które na podstawie stosownych umów przetwarzają dane osobowe dla których Administratorem jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie.

5) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów.

6) Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, wobec przetwarzania danych oraz prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

7) Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

8) Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest warunkiem koniecznym do złożenia i rozpatrzenia wniosku przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lwówku Śląskim.

9) Decyzja o przetwarzaniu danych osobowych nie jest podejmowana w sposób zautomatyzowany, dane nie podlegają profilowaniu.

10) Administrator dokłada wszelkich starań, aby zapewnić wszelkie środki fizycznej, technicznej i organizacyjnej ochrony danych osobowych przed ich przypadkowym czy umyślnym zniszczeniem, utratą, zmianą, nieuprawnionym ujawnieniem, wykorzystaniem czy dostępem, zgodnie ze wszystkimi obowiązującymi przepisami.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższą klauzulą.

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy, Przedstawiciela ustawowego,
Opiekuna prawnego, Pełnomocnika*)
*właściwe zaznaczyć

KLAUZULA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Imię i nazwisko

Adres:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci:

- | | | | |
|--------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| • mojego numeru telefonu | ☐ tak | ☐ nie | ☐ nie dotyczy |
| • mojego adresu e-mail | ☐ tak | ☐ nie | ☐ nie dotyczy |

dla potrzeb efektywnej i sprawnej realizacji złożonego wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON do likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych co będzie wpływać na ułatwienie komunikacji z Wnioskodawcą.

Podaję dane osobowe dobrowolnie i świadomie oraz oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

Oświadczam, że:

a) zostałam/em poinformowana/y, że udzielona zgoda na przetwarzanie moich danych osobowych może zostać odwołana w dowolnym momencie za pomocą poczty elektronicznej, za pośrednictwem operatora pocztowego lub osobiście w sekretariacie tutejszego Centrum. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem,

b) zostałam/em poinformowana/y, iż Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lwówku Śląskim nie może na podstawie niniejszej zgody przetwarzać powyższych danych w sposób naruszający moje dobre imię lub dobra osobiste, a także w zakresie i celu innym niż wskazane powyżej,

c) zostałam/em poinformowana/y, że wyrażenie niniejszej zgody nie zwalnia Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lwówku Śląskim z obowiązków wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa co do zabezpieczenia przetwarzanych danych oraz ich legalnego przetwarzania.

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy, Przedstawiciela ustawowego,
Opiekuna prawnego, Pełnomocnika*)

*właściwe zaznaczyć

**ZGODA WŁAŚCICIELA ☐ / WSPÓŁWŁAŚCICIELA ☐ LOKALU/BUDYNKU
MIESZKALNEGO NA LIKWIDACJĘ BARIER ARCHITEKTONICZNYCH**
(właściwe zaznaczyć)

Ja niżej podpisany(a).....
(imię i nazwisko Właściciela lokalu/budynku mieszkalnego)

zamieszkały(a).....
(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr lokalu)

oświadczam, iż jestem właścicielem/współwłaścicielem* lokalu/budynku mieszkalnego* pod
adresem.....
(miejsce likwidacji barier)

o numerze księgi wieczystej.....
oraz wyrażam zgodę na przeprowadzenie w tym miejscu prac związanych z likwidacją barier
architektonicznych na rzecz
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

w zakresie wskazanym we wniosku o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych
z dnia.....
(data złożenia wniosku)

Oświadczam, iż organ przyznający dofinansowanie nie ponosi odpowiedzialności za nieoczekiwane szkody
powstałe w trakcie likwidacji barier.

Świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że wskazane wyżej
informacje podane zostały zgodnie z prawdą.

.....
(czytelny podpis właściciela/współwłaściciela
lokalu/budynku mieszkalnego)

*właściwe zaznaczyć

KLAUZULA INFORMACYJNA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych) informuję, że:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lwówku Śląskim, z siedzibą przy ul. Szpitalnej 4, 59-600 Lwówek Śląski, reprezentowane przez Kierownika Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie.
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych z którym można kontaktować się pisemnie na adres: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lwówku Śląskim, ul. Szpitalna 4, 59-600 lub e-mail: rodo@pcpr2.powiatlwowecki.pl
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie wyrażonej przez Panią/Pana Zgody w związku z realizacją zapisów ustawy z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2018 r. poz. 511 ze zm.),
- 4) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie, który wynika z przepisów prawa oraz inne podmioty, które na podstawie stosownych umów przetwarzają dane osobowe dla których Administratorem jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie.
- 5) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów.
- 6) Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, wobec przetwarzania danych oraz prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
- 7) Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
- 8) Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest warunkiem koniecznym do złożenia i rozpatrzenia wniosku przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lwówku Śląskim.
- 9) Decyzja o przetwarzaniu danych osobowych nie jest podejmowana w sposób zautomatyzowany, dane nie podlegają profilowaniu.
- 10) Administrator dokłada wszelkich starań, aby zapewnić wszelkie środki fizycznej, technicznej i organizacyjnej ochrony danych osobowych przed ich przypadkowym czy umyślnym zniszczeniem, utratą, zmianą, nieuprawnionym ujawnieniem, wykorzystaniem czy dostępem, zgodnie ze wszystkimi obowiązującymi przepisami.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższą klauzulą.

.....

(czytelny podpis właściciela/współwłaściciela lokalu/budynku mieszkalnego)



**POWIATOWE CENTRUM
POMOCY RODZINIE**
w Lwówku Śląskim
ul. Szpitalna 4
59-600 Lwówek Śląski



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

e-mail: pcpr@powiatlwowecki.pl
www.pcpr.powiatlwowecki.pl

tel./fax 75 782 56 17, tel./fax 75 782 56 41, tel. 75 782 30 73

Załącznik nr 2 do Procedur

**Wniosek dotyczący dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się
i technicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych**

WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU NUMER.....

Lp.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe):	UWAGI
1	Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania	☐ - tak ☐ - nie	
2	Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego	☐ - tak ☐ - nie	
3	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy)	☐ - tak ☐ - nie	
4	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	☐ - tak ☐ - nie	
5	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy	☐ - tak ☐ - nie	
Data weryfikacji formalnej wniosku:		/...../ 20.... r.	
Weryfikacja formalna wniosku:		☐ pozytywna	☐ negatywna
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt:		☐ - tak ☐ - nie	
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia		☐ - tak ☐ - nie	

*pieczętka imienna pracownika dokonującego weryfikacji
formalnej wniosku*

data, podpis:

pieczętka imienna kierownika PCPR w Lwówku Śląskim

data, podpis:



POWIATOWE CENTRUM
POMOCY RODZINIE
w Lwówku Śląskim
ul. Szpitalna 4
59-600 Lwówek Śląski



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

e-mail: pcpr@powiatlwowecki.pl
www.pcpr.powiatlwowecki.pl

tel./fax 75 782 56 17, tel./fax 75 782 56 41, tel. 75 782 30 73

Załącznik nr 3 do Procedur

Wniosek dotyczący dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

KARTA OCENY MERYTOTYCZNEJ WNIOSKU NUMER.....

KRYTERIA OCENY WNIOSKU	MAKSYMALNA LICZBA PUNKTÓW	PUNKTACJA WNIOSKU
I Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne		
1. znaczny/inwalidzi I grupy/osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji/dzieci do 18 roku życia		
- dysfunkcja narządu ruchu	10	
- choroby neurologiczne	10	
- dysfunkcja narządu wzroku	10	
- dysfunkcja narządu słuchu	10	
- inne (jakie?).....	5	
- data ważności orzeczenia: czasowa (data).....	5	
- orzeczenie na stałe	10	
2. umiarkowany/inwalidzi II grupy/osoby całkowicie niezdolne do pracy		
- dysfunkcja narządu ruchu	8	
- choroby neurologiczne	8	
- dysfunkcja narządu wzroku	8	
- dysfunkcja narządu słuchu	8	
- inne (jakie?).....	2	
- data ważności orzeczenia: czasowa (data).....	4	
- orzeczenie na stałe	8	
3. lekki/inwalidzi III grupy/osoby częściowo niezdolne do pracy		
- dysfunkcja narządu ruchu	5	
- choroby neurologiczne	5	
- dysfunkcja narządu wzroku	5	
- dysfunkcja narządu słuchu	5	
- inne (jakie?).....	0	
- data ważności orzeczenia: czasowa (data).....	2	
- orzeczenie na stałe	5	
II Status zawodowy Wnioskodawcy		
1. zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą lub rolniczą	5	
2. osoba ucząca się lub studiująca w wieku od 18 do 24 roku życia	5	
3. osoba bezrobotna/poszukująca pracy	3	
4. dzieci i młodzież do 18 roku życia	5	
5. rencista/emeryt	3	
6. inny (jaki).....	2	

III Sytuacja rodzinna Wnioskodawcy		
1. osoba zamieszkująca samotnie	10	
2. osoba prowadząca wspólne gospodarstwo domowe	2	
3. we wspólnym gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są inne osoby niepełnosprawne	5	
IV Wysokość dochodów Wnioskodawcy samotnie gospodarującego		
1. powyżej 65 % przeciętnego wynagrodzenia	0	
2. od 65 % do 40% przeciętnego wynagrodzenia	2	
3. poniżej 40% do 15% przeciętnego wynagrodzenia	5	
4. powyżej 15 % przeciętnego wynagrodzenia	10	
V Wysokość dochodów Wnioskodawcy prowadzącego wspólne gospodarstwo domowe		
1. powyżej 50% przeciętnego wynagrodzenia	0	
2. od 50% do 30% przeciętnego wynagrodzenia	2	
3. poniżej 30% do 10 % przeciętnego wynagrodzenia	5	
4. poniżej 10% przeciętnego wynagrodzenia	10	
VI Inne kryteria		
Wnioskodawca nie korzystający ze środków PFRON w ciągu 3 ostatnich lat	5	
Wnioskodawca korzystający ze środków PFRON w ciągu 3 ostatnich lat	0	
Wnioskodawca porusza się na wózku inwalidzkim	10	
Wniosek był kompletny w dniu przyjęcia	3	
RAZEM OCENA WNIOSKU	X	

pieczętka imienna pracownika dokonującego weryfikacji merytorycznej wniosku

data, podpis:

pieczętka imienna kierownika PCPR w Lwówku Śląskim

data, podpis: