WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

ROLA WNIOSKODAWCY	
Wnioskodawca składa wniosek:	☐ we własnym imieniu ☐ jako rodzic niepełnoletniego dziecka ☐ jako opiekun prawny ☐ jako przedstawiciel ustawowy ☐ na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie
Postanowieniem Sądu z dnia: sygnatura akt:	
Na mocy pełnomocnictwa notarialnego z dnia: repertorium nr:	

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY *(osoby składającej wniosek)*	
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	☐ mężczyzna ☐ kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA	
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto ☐ wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES KORESPONDENCYJNY

□ Taki sam jak adres zamieszkania

Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY (osoby z niepełnosprawnością) *(dane osoby z niepełnosprawnością w przypadku składania wniosku przez osobę upoważnioną)*	
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	□ mężczyzna □ kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA	
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Rodzaj miejscowości:	□ miasto □ wieś

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	□ tak □ nie
Stopień niepełnosprawności:	□ Znaczny □ Umiarkowany □ Lekki □ Nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	□ bezterminowo □ okresowo – do dnia: ……..
Numer orzeczenia:	
Grupa inwalidzka:	□ I grupa □ II grupa □ III grupa □ nie dotyczy
Niezdolność:	□ Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji □ Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny □ Osoby całkowicie niezdolne do pracy □ Osoby częściowo niezdolne do pracy □ Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym □ Nie dotyczy
Rodzaj niepełnosprawności:	□ 01-U – upośledzenie umysłowe □ 02-P – choroby psychiczne □ 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu □ osoba głucha □ osoba głuchoniema □ 04-O – narząd wzroku □ osoba niewidoma □ osoba głuchoniewidoma □ 05-R – narząd ruchu □ wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego □ dysfunkcja obu kończyn górnych □ 06-E – epilepsja □ 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia □ 08-T – choroby układu pokarmowego □ 09-M – choroby układu moczowo-płciowego □ 10-N – choroby neurologiczne □ 11-I – inne □ 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe
Niepełnosprawność jest sprzężona *(u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności*). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:	□ tak □ nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	□ 2 przyczyny □ 3 przyczyny

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe: ☐ indywidualne ☐ wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy: ……..

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: …….

w tym liczba osób niepełnosprawnych: ……

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Informacja o korzystaniu ze środków PFRON obejmuje dofinansowanie otrzymane na podstawie zawartych umów w tym na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych / zakupu sprzętu rehabilitacyjnego/ w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”:

☐ nie korzystałem ☐ korzystałem

INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON						
Cel *np. sprzęt komputerowy*	**Nazwa zadania lub programu** *np. likwidacja barier w komunikowaniu się, Aktywny samorząd itp.*	**Nazwa instytucji** np. OPS Gliwice	**Nr umowy**	**Data zawarcia umowy**	**Kwota do-finanso-wania**	**Stan rozliczenia**

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

PRZEDMIOT WNIOSKU	
Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:	
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:	
co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:	
Deklarowane środki własne:	
Inne źródła finansowania:	

Cel dofinansowania i uzasadnienie: *(należy przedstawić potrzeby osoby niepełnosprawnej w odniesieniu do faktycznych ograniczeń w komunikowaniu się wraz ze spodziewanymi efektami w zakresie usamodzielniania się po usunięciu wskazanej bariery)*	

WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER

Nazwa pola	
Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:	
Miejsce realizacji zadania:	
Termin rozpoczęcia:	
Przewidywany czas	

OPIS PONIESIONYCH NAKŁADÓW

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

FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

□ Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

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

□ Konto Wykonawcy/Sprzedawcy podane na dowodzie zakupu usługi

Część C – Dane dodatkowe

SYTUACJA ZAWODOWA

- ☐ Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
- ☐ Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
- ☐ Bezrobotny poszukujący pracy
- ☐ Rencista poszukujący pracy
- ☐ Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
- ☐ Dzieci i młodzież do lat 18
- ☐ Inne / jakie? .....

OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że:

- przeciętny miesięczny dochód (netto) w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał (tj. miesiące oznaczone I-III, IV-VI, VII-IX, X-XII) poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił..... zł.
- razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

OSOBY POZOSTAJĄCE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM	**ROK URODZENIA**	PRZECIĘTNY MIESIĘCZNY DOCHÓD W ROZUMIENIU USTAWY O ŚWIADCZENIACH RODZINNYCH** (***DOCHÓD BRUTTO***)	PODATEK NALEŻNY	SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE SPOŁECZNE I ZDROWOTNE ODLICZONE OD DOCHODU	**DOCHÓD NETTO**	**ŹRÓDŁO DOCHODU**
		1	2	3	4= (1-2-3)	5
wnioskodawca						
Inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym (wpisać wyłącznie stopień pokrewieństwa)						

- nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
- w ciągu ostatnich trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie,
- Przyjmuję do wiadomości, że wszelkie dane zawarte we wniosku zostaną wprowadzone i procedowane w Systemie Obsługi Wsparcia SOW. Niekompletne wypełnienie wniosku może uniemożliwić jego wprowadzenie do systemu a co za tym idzie jego realizację.
- **Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art.233 § 1, 2 Ustawy z dn. 06.06.1997 r – Kodeks Karny oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.** O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się niezwłocznie informować Ośrodek Pomocy Społecznej.
- W przypadku otrzymania dofinansowania w kwocie niższej niż wnioskowana zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu pomniejszoną

o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

- Przyjmuję do wiadomości, że wniosek o dofinansowanie rozpatrywany jest w terminie 30 dni od dnia złożenia kompletnego wniosku. Jednak w tym terminie wniosek nie będzie mógł zostać rozpatrzony w sytuacji kiedy Powiat oczekuje na informację z PFRON o wysokości środków na dany rok – wówczas rozpatrzenie wniosku nastąpi w terminie późniejszym tj. po zatwierdzeniu planu finansowego na realizację zadań określonych ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, nie później jednak niż do 31 maja bieżącego roku.

  Zgodnie z art. 37 § 1 KPA stronie służy prawo do wniesienia ponaglenia do Samorządowego Kolegium Odwoławczego za pośrednictwem Ośrodka Pomocy Społecznej w Gliwicach. Ponaglenie składa się w przypadku gdy sprawa nie została załatwiona w terminie albo Organ pozostaje bezczynny.

Gliwice, dnia…….. ……

CZYTELNY PODPIS

wnioskodawcy lub przedstawiciela ustawowego /opiekuna prawnego /pełnomocnika

Art. 233 Kodeksu Karnego.
§ 1. Kto, składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę , podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.
§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swych uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania lub odebrał od niego przyrzeczenie.

INFORMACJA SZCZEGÓŁOWA O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH ZBIERANYCH PRZEZ OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W GLIWICACH

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Gliwicach, ul. Górnych Wałów 9, 44-100 Gliwice reprezentowany przez Dyrektora.

   Współadministratorami danych osobowych są Miejskie Jednostki Organizacyjne Gminy Gliwice wymienione w Zarządzeniu organizacyjnym nr 84/19 Prezydenta Miasta Gliwice z dnia 12 sierpnia 2019 r. w sprawie: zatwierdzenia uzgodnień dotyczących określenia zakresów odpowiedzialności współadministratorów, oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji osób Niepełnosprawnych w zakresie realizacji zadań za pośrednictwem Systemem Obsługi Wsparcia na podstawie zawartego porozumienia nr SOW/202/2019 z dnia 31 lipca 2019 r.
2. Dane osobowe zbieramy i przetwarzamy ręcznie oraz automatycznie w celu:
   - realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r o rehabilitacji społecznej i zawodowej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

     Podanie danych jest obowiązkowe i wynika z przepisów szczegółowych w zakresie wsparcia, o które Państwo się ubiegają. Odmowa podania danych wiązać się będzie z brakiem możliwości rozpatrzenia danego wniosku.

     Podanie wszelkich dodatkowych danych ponad wymagane jest dobrowolne i równoznaczne ze zgodą na ich wykorzystanie.
   - sprawniejszej komunikacji z klientami Ośrodka – w tym celu prosimy o podanie danych kontaktowych, tj. numeru telefonu; podanie tych danych jest dobrowolne. Wówczas zawsze mają Państwo prawo nie podać danych, ich podanie jest traktowane jak zgoda na ich wykorzystanie, a ich niepodanie nie niesie za sobą żadnych konsekwencji. Mogą zostać Państwo poproszeni o wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych również w innym celu i zakresie. Wówczas podamy Państwu cel przetwarzania danych osobowych, o które prosimy;

Dane osobowe mogą być przekazywane:

- innym podmiotom, w celu wykonywania zadań publicznych,
- innym osobom lub podmiotom, jeżeli przepis prawa nakłada na administratora danych osobowych obowiązek udostępnienia przetwarzanych danych osobowych.

Okres przechowywania danych osobowych określają przepisy kancelaryjno-archiwalne w tym jednolity rzeczowy wykaz akt uzgodniony z Archiwum Państwowym dostępny na stronie internetowej OPS pod adresem https://opsgliwice.pl/o-nas/informacje-ogolne/

W Ośrodku nie ma miejsca zautomatyzowane podejmowanie decyzji w indywidualnych przypadkach, w tym profilowanie.

3. Każda osoba, której dane dotyczą ma prawo dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych oraz prawo wniesienia skargi do organu odpowiedzialnego za kontrolę przestrzegania przepisów o ochronie danych osobowych, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, Stawki 2, 00-193 Warszawa.
4. W razie pytań i wątpliwości związanych z przetwarzaniem danych osobowych zbieranych przez Ośrodek można się kontaktować za pomocą poczty tradycyjnej, listownie na adres: ul. Górnych Wałów 9, 44-100 Gliwice, poprzez: kontakt e-mailowy pod adresem: ops@ops.gliwice.eu
5. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych z którym można skontaktować się w następujący sposób:
   OPS: tradycyjny pod adresem wskazanym w pkt. 4 lub elektroniczny pod adresem iod@ops.gliwice.eu
   PFRON: pod adresem al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, e-mail iod@pfron.org.pl

- *Oświadczam, że została/em poinformowana/y i przyjmuję powyższe do wiadomości.*
- ***Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, że wniosek będzie procedowany za pośrednictwem Systemu Obsługi Wsparcia SOW, oraz, że informacja nt. danych osobowych (PFRON,OPS) znajduje się w regulaminie korzystania z Systemu SOW.***
- *Oświadczam, że zapoznałam/em z klauzulą informacyjną osoby, których dane umieściłam/em we wniosku i znajdują się w załącznikach*

Gliwice ……. *…….*

PODPIS

Wnioskodawcy lub przedstawiciela ustawowego /opiekuna prawnego /pełnomocnika

POUCZENIA

1. Wnioskodawca, który prowadzi samodzielne gospodarstwo domowe (jednoosobowe) i posiada własne stałe dochody, składa oświadczenie o dochodach wyliczone na podstawie własnych dochodów.

   Za samodzielne gospodarstwo domowe uważa się sytuację, gdy Wnioskodawca mieszka i utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu.

   Przez pojęcie wspólne gospodarstwo domowe – należy rozumieć osoby wspólnie zamieszkujące, faktycznie wspólnie utrzymujące się, współpracujące w załatwianiu codziennych spraw związanych z prowadzeniem domu. Istotą wspólnego gospodarowania jest również pozostawanie na utrzymaniu osoby, z którą się mieszka.

2. **Wnioski złożone w wersji papierowej zostaną wprowadzone i będą procedowane za pośrednictwem Systemu Obsługi Wsparcia**. Prosimy o staranne i czytelne wypełnienie wniosku. Obejmuje on zestaw zagadnień, których znajomość jest niezbędna do przeprowadzenia kompleksowej oceny przedsięwzięcia i podjęcia właściwej decyzji. **Niekompletne wypełnienie wniosku może uniemożliwić wprowadzenie go do Systemu a co za tym idzie uniemożliwić jego procedowanie.**
3. Proszę o wypełnienie wszystkich rubryk ewentualnie wpisać „Nie dotyczy" lub wstawić kreskę /-/.
4. W przypadku gdy w formularzu Wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy dołączyć załącznik w odpowiedniej rubryce wpisując „W załączeniu – załącznik nr 1,2 ".

5. Uzasadnienia o charakterze edukacyjnym nie stanowi podstawy do przyznania dofinansowania w ramach likwidacji barier w komunikowaniu się.
6. Dofinansowanie sprzętu musi być ściśle związane z indywidualnymi potrzebami osoby niepełnosprawnej, wynikającymi z posiadanego orzeczenia albo potwierdzonymi przez lekarza. Do OPS należy rozstrzygnięcie w jakim przypadku zakup tego sprzętu będzie likwidacją bariery dla konkretnej osoby niepełnosprawnej.
7. Dofinansowaniem nie mogą zostać objęte koszty poniesione przed zawarciem umowy o dofinansowanie.
8. Wysokość dofinansowania uzależniona jest od dochodu na osobę w gospodarstwie domowym zgodnie z przyjętymi *„Zasadami…"*

KRYTERIUM DOCHODOWE		**PROCENT DOFINANSOWANIA**
OSOBA SAMOTNA	**OSOBA W RODZINIE**	
do 40% przeciętnego wynagrodzenia	do 25% przeciętnego wynagrodzenia	do 95%
powyżej 40% do 65% przeciętnego wynagrodzenia	powyżej 25% do 50% przeciętnego wynagrodzenia	do 80%
powyżej 65% do 100% przeciętnego wynagrodzenia	powyżej 50% do 100% przeciętnego wynagrodzenia	do 60%
Powyżej 100% przeciętnego wynagrodzenia		do 40%

przeciętne wynagrodzenie oznacza 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 3 ustawy z 17 grudnia 1998 r o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

9. Wnioski oceniane są w kolejności składania z uwzględnieniem stopnia i rodzaju niepełnosprawności zgodnie z przyjętymi „zasadami…"
10. Rozpatrzeniu podlegają tylko wnioski kompletne. Organ rozpatrujący wniosek bada czy osoba z niepełnosprawnością spełnia przewidziane prawem przesłanki do dofinansowania a także ustala, czy dysponuje odpowiednimi środkami finansowymi umożliwiającymi pozytywne rozpatrzenie wniosku. Z uwagi na coroczny deficyt środków finansowych uniemożliwiający pozytywne rozpatrzenie wszystkich złożonych wniosków wprowadzono jednolite kryteria oceny aby do realizacji wybrać te, które wymagają uwzględnienia w pierwszej kolejności.

LP	KRYTERIUM
1	OSOBY GŁUCHE/OSOBY GŁUCHONIEWIDOME/OSOBY GŁUCHONIEME/OSOBY NIEME/ OSOBY LEŻĄCE – DYSFUNKCJA WYNIKAJĄCA Z POSIADANEJ (ORZECZONEJ) NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
2	WYNIKAJĄCA Z POSIADANEJ (ORZECZONEJ) NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DYSFUNKCJA NARZĄDU MOWY/SŁUCHU /WZROKU
3	OSOBY PORUSZAJĄCE SIĘ NA WÓZKU INWALIDZKIM
4	ORZECZENIE O ZNACZNYM STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (LUB RÓWNOWAŻNE)/ ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAW- NOŚCI W PRZYPADKU OSÓB DO 16 R.Ż.
5	ORZECZENIE O UMIARKOWANYM STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (LUB RÓWNOWAŻNE)
6	ZAMIESZKIWANIE SAMOTNE
7	NIEKORZYSTANIE Z BK/AS W PRZECIĄGU OSTATNICH 6 LAT

Zapoznałem (łam) się …….

PODPIS

Wnioskodawcy lub przedstawiciela ustawowego /opiekuna prawnego /pełnomocnika

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW

WYPEŁNIA PRACOWNIK OPS

	NAZWA ZAŁĄCZNIKA	ZAŁĄCZONO	uzupełniono (data)
1	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności		
2	Aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, uzasadnienie celowości zakupu przedmiotu oraz wpływ na poprawę komunikacji na obowiązującym druku		
3	Oferta cenowa		
4	Zgoda właściciela budynku lub lokalu mieszkalnego – jeżeli konieczne		
5	dokument potwierdzający tytuł prawny do lokalu w którym ma być przeprowadzona likwidacja barier - jeśli konieczne		
6	Kopie orzeczenia o niepełnosprawności osób prowadzących wspólne gospodarstwo domowe z Wnioskodawcą jeśli istnieją		
7	Kopia pełnomocnictwa notarialnego lub postanowienia sądu w przypadku ustanowienia pełnomocnika lub opiekuna prawnego		
8	Kopia aktu urodzenia dziecka w przypadku składania wniosku przez rodzica osoby niepełnoletniej		

UWAGA

Składanie wniosków o dofinansowanie możliwe jest drogą elektroniczną, za pośrednictwem uruchomionego przez PFRON Systemu Obsługi Wsparcia SOW.

System SOW umożliwia aplikowanie o środki PFRON będące w gestii jednostek samorządowych za pomocą Internetu 24 godziny na dobę, 365 dni w roku, bez wychodzenia z domu, bez kolejek i bez barier. Dzięki nowoczesnej platformie informatycznej mogą Państwo uzyskać informację na temat wsparcia dostępnego z PFRON, a następnie wypełnić, podpisać i złożyć wniosek, dokonać ewentualnych wyjaśnień i uzupełnień, podpisać umowę oraz rozliczyć dofinansowanie.

Jedyne, czego potrzeba to: dostęp do Internetu, konto w Systemie SOW (bezpłatne),Profil Zaufany (bezpłatny), lub podpis elektroniczny.

……
Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o dofinansowanie ze środków PFRON

LIKWIDACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ

wydane dla potrzeb ośrodka Pomocy Społecznej w Gliwicach

– prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

Imię i nazwisko ..... PESEL _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

1. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta powoduje trudności w komunikowaniu się ☐ tak ☐ nie

☐	dysfunkcja narządu słuchu,	osoba głucha ☐ TAK ☐ NIE	pieczątka, nr i podpis lekarza
☐	dysfunkcja narządu mowy,	osoba niema ☐ TAK ☐ NIE	
☐	Osoba stale leżąca		
☐	osoba poruszająca się wyłącznie na wózku inwalidzkim		
☐	inne dysfunkcje ograniczające komunikowanie się :		

2. Informacje o rodzaju trudności z komunikowaniem się wynikających z posiadanej niepełnosprawności:

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

3. korzystanie z (*należy wpisać nazwę urządzenia/ sprzętu*)

.....
.....

wpłynie na poprawę komunikowania się z otoczeniem .

4. Jednocześnie potwierdzam brak przeciwwskazań do korzystania z ww. sprzętu /urządzeń

..... miejscowość, data

..... pieczątka i podpis lekarza

<u>UWAGI</u>:

W przypadku gdy z posiadanego orzeczenia nie wynikają dysfunkcje określone symbolami O, L, N lub R zaświadczenie winno być wystawione przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do posiadanej niepełnosprawności.

Potrzeby edukacyjne nie stanowią podstawy do przyznania dofinansowania w ramach likwidacji barier w komunikowaniu się.