

Zarządzenie nr 6/2024

Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie

z dnia 08.01.2024 r.

w sprawie: „Szczegółowych kryteriów przyznawania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych w komunikowaniu się i technicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych z terenu Powiatu Wolsztyńskiego w 2024 roku”.

Na podstawie Uchwały nr 271/2022 Zarządu Powiatu Wolsztyńskiego z dnia 23.02.2022 r. w sprawie: „Zasad dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych z terenu Powiatu Wolsztyńskiego” oraz Uchwały nr 121/2016 Zarządu Powiatu Wolsztyńskiego z dnia 25 sierpnia 2016 r. w sprawie: udzielenia upoważnienia Dyrektorowi Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wolsztynie do dysponowania środkami Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

zarządzam co następuje:

§ 1.

Wnioski o przyznanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych będą rozpatrywane po otrzymaniu informacji z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych o wysokości środków na dany rok oraz po podziale tych środków na zadania przez Radę Powiatu Wolsztyńskiego.

§ 2.

1. Przyznanie dofinansowania uzależnione będzie od oceny wniosku dokonanej zgodnie z kartą oceny wniosku o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych, których wzór stanowi załącznik nr 1, 2 i 3 do niniejszego Zarządzenia.

2. Ocena wniosku oparta jest na systemie punktowym. Maksymalna możliwa do uzyskania liczba punktów wynosi:

a) do likwidacji barier architektonicznych (LBA) - 70 pkt

b) dla likwidacji barier w komunikowaniu się (LBK) - 70 pkt

c) dla likwidacji barier technicznych (LBT) - 70 pkt

3. Ocena wniosku w zakresie likwidacji barier architektonicznych zostanie dokonana po przeprowadzeniu wizji lokalnej w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.

4. Określa się minimalną liczbę punktów uprawniającą wnioskodawcę do otrzymania w roku 2024 pomocy pieniężnej dotyczącej likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych, finansowej ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w następującej wysokości i zakresie :

a) do likwidacji barier architektonicznych (LBA) - 50 pkt

b) dla likwidacji barier w komunikowaniu się (LBK) - 45 pkt

c) dla likwidacji barier technicznych (LBT) - 45 pkt

5. Rozpatrywanie wniosków zakwalifikowanych do dofinansowania będzie następować odrębnie dla każdej z barier. Dla każdej z barier tworzy się odrębną listę rankingową.

6. Rozpatrywanie wniosków zakwalifikowanych do dofinansowania następować będzie w pierwszej kolejności dla wniosków, które uzyskały największą liczbę punktów, bez względu na kolejność złożenia.

7. W przypadku wnioskodawców, których wnioski uzyskały identyczną liczbę punktów decyduje data wpływu kompletnego wniosku.

8. Przy rozpatrywaniu każdego wniosku, z zastrzeżeniem § 13 ust. 4 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 roku w sprawie określenia rodzajów zadań powiatów, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, wprowadza się maksymalną wysokość dofinansowania w następujących szczególnych przypadkach:

a) dla likwidacji barier architektonicznych (LBA) do:

- dostosowanie łazienki do potrzeb osoby niepełnosprawnej 10.000,00 zł
- wykonanie podjazdów z kostki brukowej lub z konstrukcji stalowej 12.000,00 zł
- zakup i montaż windy 50.000,00 zł
- zakup i montaż krzeselka schodowego 20.000,00 zł
- zakup i montaż platformy schodowej 25.000,00 zł.

b) dla likwidacji barier w komunikowaniu się (LBK) do:

- zakup komputera, laptopa lub notebooka 3.000,00 zł

c) dla likwidacji barier technicznych (LBT) do:

- zakup i montaż podnośnika wannowego 6.000,00 zł
- zakup podnośnika transportowo - kąpielowego 12.000,00 zł
- zakup schodołazu 12.000,00 zł

§ 3.

W przypadku osób będących w wyjątkowo trudnej sytuacji życiowej możliwe jest przyznanie dofinansowania na innych zasadach, niż określone w § 2.

§ 4.

Traci moc Zarządzenie nr 4/2023 Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z dnia 02.01.2023 r. w sprawie: „Szczegółowych kryteriów przyznawania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych w komunikowaniu się i technicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych z terenu Powiatu Wolsztyńskiego w 2023 roku”.

§ 5.

Wykonanie Zarządzenia powierza się inspektor Bożenie Lisieckiej-Abramuk.

§ 6.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Załączniki :

1. Karta oceny wniosku o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych
2. Karta oceny wniosku o dofinansowanie likwidacji barier technicznych
3. Karta oceny wniosku o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu

DYREKTOR
Powiatowego Centrum
Pomocy Rodzinie w Wolsztynie
A. Mole
Anna Białek

KARTA OCENY WNIOSKU O DOFINANSOWANIE LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH

NR WNIOSKU ESOS: SOW:

IMIĘ I NAZWISKO

WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi/
1.	Orzeczenie potwierdzające niepełnosprawność	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
2.	Zaświadczenie lekarskie zawierające uzasadnienie, że osoba ma trudności w poruszaniu się w związku z istniejącą niepełnosprawnością (ważne 3 miesiące od daty wystawienia) - wg wzoru stanowiącego załącznik do wniosku	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
3.	Dokument potwierdzający prawo do zamieszkania w lokalu lub budynku, w którym ma nastąpić likwidacja barier (np. umowa najmu, odpis księgi wieczystej)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
4.	Zgoda właściciela lokalu lub budynku na wykonanie prac związanych z likwidacją barier (jeżeli Wnioskodawca nie jest właścicielem)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
5.	Zgłoszenie lub pozwolenie na budowę	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
6.	W przypadku ustanowienia opieki prawnej postanowienie oraz zaświadczenie sądu	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
7.	W przypadku osób niezdolnych do samodzielnego złożenia podpisu pełnomocnictwo notarialne	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
8.	Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Data weryfikacji formalnej wniosku:	 20.....r.		
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
Wniosek do uzupełnienia do dnia:	 20.....r		
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
Weryfikacja formalna wniosku		<input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna		

Pleczątko imienne Inspektora działu obsługi osób niepełnosprawnych

Data, podpis:

Data przekazania wniosku do oceny merytorycznej: 20 r.

KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU O DOFINANSOWANIE LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH

Kryteria oceny wniosku		Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	Punktacja wniosku
1.	Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne			
a)	znaczny lub orzeczenie równoważne oraz dzieci do 16 r. ż.	25	25	
	umiarkowany lub orzeczenie równoważne	15		
	lekki lub orzeczenie równoważne	5		
b)	występuje niepełnosprawność sprzężona (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia)	5	5	
2.	Rodzaj niepełnosprawności			
a)	osoby z dysfunkcją narządu ruchu: poruszające się na wózku inwalidzkim, przy pomocy balkonika lub trójnogu lub kul łokciowych, po amputacji lub z wrodzonym brakiem kończyny/kończyn górnej/górnych lub dolnej/dolnych, osoby z dysfunkcją narządu wzroku: niewidome lub niedowidzące	20	20	
3.	Korzystanie ze środków finansowych PFRON			
a)	Wnioskodawca nie korzystał z dofinansowania ze środków PFRON na likwidację barier architektonicznych	10	10	
4.	Dochód w przeliczeniu na jedną osobę:			
a)	dochód do 1.200 zł w przypadku osoby samotnej	10	10	
b)	dochód od 1.201 zł do 2.000 zł w przypadku osoby samotnej	5		
c)	dochód do 800 zł na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym	10		
d)	dochód od 801 zł do 1500 zł na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym	5		
Maksymalna punktacja LBA			70	
LICZBA OTRZYMANÝCH PUNKTÓW				
Weryfikacja merytoryczna wniosku		<input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna		
Pieczętka imienna inspektora działu obsługi osób niepełnosprawnych	Pieczętka głównej księgowej	Pieczętka dyrektora PCPR		
Data, podpis:	Data, podpis:	Data, podpis:		

DECYZJA ZESPOŁU OPINIUJĄCEGO WNIOSKI W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH

pozytywna: negatywna:

PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA: zł

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

.....

.....

Pieczętka imienna inspektora działu obsługi osób niepełnosprawnych	Pieczętka głównej księgowej	Pieczętka dyrektora PCPR
Data, podpis:	Data, podpis:	Data, podpis:

KARTA OCENY WNIOSKU O DOFINANSOWANIE LIKWIDACJI BARIER TECHNICZNYCH

NR WNIOSKU ESOS: SOW:

IMIĘ I NAZWISKO

WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU				
L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi/
1.	Orzeczenie potwierdzające niepełnosprawność	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
2.	Zaświadczenie lekarskie zawierające uzasadnienie, że osoba ma trudności w samodzielnym funkcjonowaniu w związku z istniejącą niepełnosprawnością (ważne 3 miesiące od daty wystawienia) - wg wzoru stanowiącego załącznik do wniosku	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
3.	W przypadku ustanowienia opieki prawnej postanowienie oraz zaświadczenie sądu	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
4.	W przypadku osób niezdolnych do samodzielnego złożenia podpisu pełnomocnictwo notarialne	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
5.	Oferta cenowa lub faktura proforma dotycząca przedmiotu dofinansowania wystawiona na Wnioskodawcę.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
6.	Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Data weryfikacji formalnej wniosku:	 20.....r.		
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
Wniosek do uzupełnienia do dnia:	 20.....r		
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
Weryfikacja formalna wniosku		<input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna		
		Pleczątko lmlenna inspektora działu obsługi osób niepełnosprawnych		
		Data, podpis:		

Data przekazania wniosku do oceny merytorycznej: 20 r.

KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU O DOFINANSOWANIE LIKWIDACJI BARIER TECHNICZNYCH

Kryteria oceny wniosku		Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	Punktacja wniosku
1.	Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne			
a)	znaczny lub orzeczenie równoważne/ dzieci	25	25	
	umiarkowany lub orzeczenie równoważne	15		
	lekki lub orzeczenie równoważne	5		
b)	występuje niepełnosprawność sprzężona (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia)	5	5	
2.	Rodzaj niepełnosprawności			
a)	osoby z dysfunkcją narządu ruchu: poruszające się na wózku inwalidzkim, przy pomocy balkonika lub trójnogu lub kul łokciowych, po amputacji lub z wrodzonym brakiem kończyny/ kończyn górnej/górnych lub dolnej/dolnych, leżące, osoby z dysfunkcją narządu słuchu: głuche lub niedosłyszące, osoby z dysfunkcją narządu wzroku: niewidome lub niedowidzące	20	20	
3.	Korzystanie ze środków finansowych PFRON			
a)	Wnioskodawca nie korzystał z dofinansowania ze środków PFRON na likwidację barier technicznych	10	10	
4.	Dochód w przeliczeniu na jedną osobę:			
a)	dochód do 1.200 zł w przypadku osoby samotnej	10	20	
b)	dochód od 1.201 zł do 2.000 zł w przypadku osoby samotnej	5		
c)	dochód do 800 zł na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym	10		
d)	dochód od 801 zł do 1500 zł na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym	5		
Maksymalna punktacja LBT			70	
LICZBA OTRZYMANÝCH PUNKTÓW				

Weryfikacja merytoryczna wniosku pozytywna negatywna

Pieczęćka imienna Inspektora działu obsługi osób niepełnosprawnych Data, podpis:	Pieczęćka głównej księgowej Data, podpis:	Pieczęćka dyrektora PCPR Data, podpis:
---	--	---

DECYZJA ZESPOŁU OPINIUJĄCEGO WNIOSKI W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON LIKWIDACJI BARIER TECHNICZNYCH

pozytywna: negatywna:

PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA: zł

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

.....

.....

Pieczęćka imienna Inspektora działu obsługi osób niepełnosprawnych Data, podpis:	Pieczęćka głównej księgowej Data, podpis:	Pieczęćka dyrektora PCPR Data, podpis:
---	--	---

KARTA OCENY WNIOSKU O DOFINANSOWANIE LIKWIDACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ

NR WNIOSKU ESOS: SOW:

IMIĘ I NAZWISKO

WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi/
1.	Orzeczenie potwierdzające niepełnosprawność	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
2.	Zaświadczenie lekarskie zawierające uzasadnienie, że osoba ma trudności w porozumiewaniu się, przekazywaniu informacji w związku z istniejącą niepełnosprawnością (ważne 3 miesiące od daty wystawienia) - wg wzoru stanowiącego załącznik do wniosku	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
3.	Opinia psychologa/ pedagoga/logopedy informująca o trudnościach w komunikowaniu i wskazaniach do korzystania z przedmiotu dofinansowania - w przypadku korzystania z jego porad	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
4.	W przypadku ustanowienia opieki prawnej postanowienie oraz zaświadczenie sądu	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
5.	W przypadku osób niezdolnych do samodzielnego złożenia podpisu pełnomocnictwo notarialne	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
6.	Oferta cenowa lub faktura proforma dotycząca przedmiotu dofinansowania wystawiona na Wnioskodawcę	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
7.	Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	

Data weryfikacji formalnej wniosku:

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

Wniosek kompletny w dniu przyjęcia

tak nie

Wniosek do uzupełnienia do dnia:

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

Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie

tak nie

Weryfikacja formalna wniosku

pozytywna negatywna

Pieczętka Imienna inspektora działu obsługi osób niepełnosprawnych

Data, podpis:

Data przekazania wniosku do oceny merytorycznej: 20 r.

KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU O DOFINANSOWANIE LIKWIDACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ

Kryteria oceny wniosku		Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	Punktacja wniosku
1.	Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne			
a)	znaczny lub orzeczenie równoważne oraz dzieci do 16 r. ż.	25	25	
	umiarkowany lub orzeczenie równoważne	15		
	lekki lub orzeczenie równoważne	5		
b)	występuje niepełnosprawność sprzężona (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia)	5	5	
2.	Rodzaj niepełnosprawności			
a)	osoby z dysfunkcją narządu ruchu poruszające się na wózku inwalidzkim, osoby z dysfunkcją słuchu i mowy (głuchonieme), osoby z dysfunkcją narządu słuchu: głuche lub niedosłyszące, osoby z dysfunkcją narządu wzroku: niewidome lub niedowidzące, osoby z dysfunkcją narządu mowy: nieme, osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (zgodnie z orzeczeniem o niepełnosprawności – symbol: 12C)	20	20	
3.	Korzystanie ze środków finansowych PFRON			
a)	Wnioskodawca nie korzystał z dofinansowania ze środków PFRON na likwidację barier w komunikowaniu się	10	10	
4.	Dochód w przeliczeniu na jedną osobę:			
a)	dochód do 1.200 zł w przypadku osoby samotnej	10	10	
b)	dochód od 1.201 zł do 2.000 zł w przypadku osoby samotnej	5		
c)	dochód do 800 zł na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym	10		
d)	dochód od 801 zł do 1500 zł na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym	5		

Maksymalna punktacja LBK 70

LICZBA OTRZYMANYCH PUNKTÓW

Weryfikacja merytoryczna wniosku

pozytywna

negatywna

Pieczętka imienna inspektora działu obsługi osób niepełnosprawnych

Pieczętka głównej księgowej

Pieczętka dyrektora PCPR

Data, podpis:

Data, podpis:

Data, podpis:

DECYZJA ZESPOŁU OPINIUJĄCEGO WNIOSKI W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON LIKWIDACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ

pozytywna:

negatywna:

PRZYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA: zł

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

Pieczętka imienna inspektora działu obsługi osób niepełnosprawnych

Pieczętka głównej księgowej

Pieczętka dyrektora PCPR

Data, podpis:

Data, podpis:

Data, podpis: