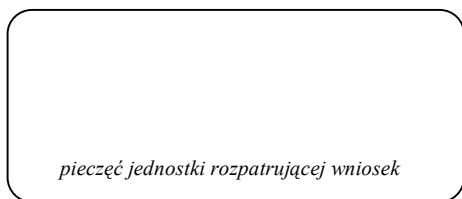


.....
numer kolejny wniosku



.....
data wpływu kompletnego wniosku (dzień, miesiąc, rok)

pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

I. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY (proszę wypełniać drukowanymi literami)

.....syn/córka.....
imię i nazwisko *imię ojca*
seria.....nr..... wydany w dniu.....przez.....
dowód osobisty
nr PESEL nr NIP
miejscowość ulica nr domunr lokalu
dokładny adres
nr kodu.....poczta powiat
województwo nr tel./ faxu (z nr kier.)
Nazwa banku i numer rachunku bankowego.....
.....

I. A. Stopień niepełnosprawności¹

1. znaczny	
▪ inwalidzi I grupy	
▪ osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji.	
▪ osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
▪ osoby w wieku do lat 16 (w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat), którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny.	
2. umiarkowany,	
▪ inwalidzi II grupy,	
▪ osoby całkowicie niezdolne do pracy	
▪ inwalidzi III grupy ze względu na głuchotę lub głuchoniemotę	
3. lekki	
▪ pozostali inwalidzi III grupy	
▪ osoby częściowo niezdolne do pracy,	
▪ osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

I. B. Rodzaj niepełnosprawności¹

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 narządów słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

II. Sytuacja zawodowa¹

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

III. Sytuacja mieszkaniowa – warunki mieszkaniowe (wypełnia pracownik PCPR)

1. złe	
2. przeciętne	
3. dobre	
4. bardzo dobre	

III. A. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i mieszkania

1. dom jednorodzinny*, wielorodzinny prywatny*, wielorodzinny komunalny*, wielorodzinny spółdzielczy*.
2. inne*
3. budynek parterowy*, piętrowy*, mieszkanie na (proszę podać kondygnację).
4. przybliżony wiek budynku lub rok budowy
5. opis mieszkania : pokoje (podać liczbę) z kuchnią*, bez kuchni*, z łazienką*, bez łazienki*, z wc*, bez wc*.
6. łazienka jest wyposażona w: wannę*, brodzik*, kabinę prysznicową*, umywalkę*.
7. w mieszkaniu jest : instalacja wody zimnej*, ciepłej*, kanalizacja*, centralne ogrzewanie*, prąd* gaz*.
8. inne informacje o warunkach mieszkaniowych

III. B Sytuacja mieszkaniowa - zamieszkuje¹

1. samotnie	
2. z rodziną	
3. z osobami spokrewnionymi	

III.C. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą (w tym osoby niepełnosprawne)

Imię i nazwisko pokrewieństwo/powinowactwo	Niepełnosprawność (2)		Przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony z kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku **
	stopień	rodzaj	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

IV. Przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi : zł.

V. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (w ciągu ostatnich 3 lat licząc od dnia złożenia wniosku) w tym poprzez oddziały terenowe PFERON¹ TAK NIE

Nr i data zawarcia umowy	Przyznana kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia (kwota do zwrotu)

(1) proszę wstawić X we właściwej rubryce

(2) proszę wstawić właściwe oznaczenia cyfrowe z tablicy I.A

* właściwe podkreślić

VI. Cel likwidacji barier architektonicznych

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

VII. Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier i orientacyjny koszt (w kolejności od najważniejszego dla Wnioskodawcy)

.....

.....

.....

.....

VIII. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

.....

.....

.....

IX. Miejsce realizacji zadania

.....

X. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek

.....

XI. Koszt zadania

Przewidywany koszt ogólny (wynikający z załączonych kosztorysów)
Cyframi: zł.
Słownie: zł.
Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania
Cyframi: zł. (do 80% kosztów przedsięwzięcia)
Słownie: zł.
Deklarowane środki własne:
Cyframi: zł. (co najmniej 20% kosztu ogólnego)
Słownie: zł.
Inne źródła finansowania
.....
.....

XII. Inwestor zastępczy (inspektor nadzoru) wybrany przez Wnioskodawcę:

.....
(nazwa i dokładny adres z numerem kodu)
.....nr telefonu.....

**PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY (DLA MAŁOLETNIEGO WNIOSKODAWCY), OPIEKUN PRAWNY
LUB PEŁNOMOCNIK**

..... syn/córka
imię imiona i nazwiska *imię ojca*
seria nr..... wydany w dniu..... przez.....
dowód osobisty
nr PESEL nr NIP
miejscowość ulica nr domu nr lokalu
dokładny adres
nr kodu poczta powiat
województwo nr tel./ faxu (z nr. kier.)
ustanowiony opiekunem* / pełnomocnikiem*
(*postanowieniem Sądu rejonowego z dnia sygn akt / na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego*
przez Notariusza z dn..... repet nr).

Oświadczenia

Zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem, bądź ceną zakupu materiałów budowlanych oraz innych materiałów i kosztem wykonania usług z zakresu likwidacji barier architektonicznych , pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec Funduszu.

Oświadczam, że nie uzyskałem/am w ciągu poprzednich 3 lat dofinansowania ze źródeł PFRON na cel określony we wniosku (w przypadku likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych).

Uprzedzona/ny o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1,2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

Stosownie do treści art.23 ust.1 pkt1 ustawy o ochronie danych osobowych (Dz.U.Nr 133.97r poz.883 z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w związku z prowadzonym postępowaniem o przyznanie świadczeń ze środków PFRON.

Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy ze środków Funduszu.

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

Załączniki do wniosku :

Do I etapu

1. Kopia orzeczenia o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123. poz. 776 z późn. zm.).
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu.
4. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych lub technicznych (własność, umowa najmu).
5. Zaświadczenie o dochodach Wnioskodawcy i osób zamieszkających wspólnie z Wnioskodawcą.
6. Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.
7. Zaświadczenie o pobieraniu nauki przez Wnioskodawcę.
8. Inne wymagane przez PCPR (np. oferta cenowa, kosztorys itd.)

Do II etapu

1. Szkic mieszkania
2. Projekt i kosztorys, pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach)
3. Zgoda właściciela budynku (w koniecznych przypadkach)
4. Przyjęte pełnomocnictwo inwestora zastępczego
5.
6.
7.

Adnotacje przyjmującego wniosek

I. Opinia merytoryczna dotycząca poprawności rozwiązań technicznych i kosztów likwidacji barier
Etap I

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

.....
(data i podpis)

Etap II

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

.....
(data i podpis)

II. Decyzja o przyznaniu dofinansowania

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

.....
(data i podpis)