

Data wpływu wniosku (dzień, miesiąc, rok)

Nr sprawy:

Data wpływu kompletnego wniosku

WNIOSEK

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych
w związku z indywidualnymi potrzebami osoby niepełnosprawnej**
(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)

1. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY.

(proszę wypełnić drukowanymi literami)

.....
(imię i nazwisko)

seria.....nr wydany w dniu przez
(dowód osobisty)

..... nr PESEL

miejsowość
(podać dokładny adres zamieszkania z kodem, ulicą nr domu i nr lokalu)

..... nr telefonu

2. DANE DOTYCZĄCE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (DLA MAŁOLETNIEGO WNIOSKODAWCY), OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA.

.....
(imię i nazwisko)

seria.....nr wydany w dniu przez
(dowód osobisty)

..... nr PESEL

miejsowość
(podać dokładny adres zamieszkania z kodem, ulicą nr domu i nr lokalu)

..... nr telefonu

3. OŚWIADCZENIE O DOCHODZIE ORAZ O LICZBIE OSÓB POZOSTAJĄCYCH WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM:

Niniejszym oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił:.....zł.

Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:.....

4. DANE DOTYCZĄCE PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA

I Przedmiot dofinansowania

(należy podać wykaz robót)

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

II Przewidywany koszt realizacji zadania zł

(słownie: zł)

III Wnioskowana kwota dofinansowaniazł

(słownie.....zł)

Do 95% ceny brutto, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł.

IV Informacja o ewentualnych innych źródłach finansowania zadania

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

V Planowy termin rozpoczęcia zadania

(data)

VI Przewidywany czas realizacji zadania (od – do)

VII Miejsce realizacji zadania (adres, gdzie będą likwidowane bariery architektoniczne)

.....

VIII Cel dofinansowania

.....

.....

.....

.....

5. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY**I 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 domowym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny, dzieci w wieku do lat 16 posiadające orzeczenie o niepełnosprawności	
2.	umiarkowany, inwalidzi II grupy, osoby całkowicie niezdolne do pracy	
3.	lekki, inwalidzi III grupy, osoby częściowo niezdolne do pracy, osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

II Rodzaj niepełnosprawności²

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 Osoby niepełnosprawne pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą

Należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Niepełnosprawność	
	Stopień	Rodzaj
1.		
2.		
3.		
4.		

¹ proszę wstawić X we właściwej rubryce

² proszę wstawić X we właściwej rubryce

IV Sytuacja zawodowa³

1) zatrudniony* / poszukujący pracy*	
2) młodzież 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	
6) inne	

V Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i mieszkania:

- dom jednorodzinny/ wielorodzinny prywatny/ wielorodzinny komunalny/ wielorodzinny spółdzielczy/ inne*.....
- budynek parterowy/ piętrowy*: mieszkanie na(podać kondygnację)
- przybliżony wiek budynku lub rok budowy.....
- opis mieszkania: liczba pokoi/ z kuchnią/ bez kuchni/ z łazienką/ bez łazienki/ z wc/ bez wc*
- łazienka jest wyposażona w: wannę/brodzik/kabinę prysznicową/umywalkę*
- w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej/ciepłej/kanalizacja/centralne ogrzewanie/prąd/gaz*
- inne informacje o warunkach mieszkaniowych

VI Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje⁴

samotnie	
z rodziną	
z osobami nie spokrewnionymi	

6. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW FINANSOWYCH PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu 3 lat licząc od dnia złożenia wniosku				Tak: <input type="checkbox"/> Nie: <input type="checkbox"/>
Cel (nazwa zadania w ramach, którego przyznana została pomoc)	Nr i data zawarcia umowy	Kwota	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia
				rozliczyłem(am) się* jestem w trakcie rozliczenia* nie rozliczyłem(am) się*
				rozliczyłem(am) się* jestem w trakcie rozliczenia* nie rozliczyłem(am) się*
				jestem w trakcie rozliczenia* jestem w trakcie rozliczenia* nie rozliczyłem(am) się*

* niepotrzebne skreślić

³ proszę wstawić X we właściwej rubryce

⁴ proszę wstawić X we właściwej rubryce

8. INFORMACJA O OGÓLNEJ WARTOŚCI NAKŁADÓW DOTYCHCZAS PONIESIONYCH PRZEZ WNIOSKODAWCĘ NA REALIZCJĘ ZADANIA DO KOŃCA MIESIĄCA POPRZEDZAJĄCEGO MIESIĄC, W KTÓRYM SKŁADANY JEST WNIOSK WRAZ Z PODANIEM DOTYCHCZASOWYCH ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA

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

9. NAZWA BANKU I NUMER RACHUNKU BANKOWEGO

.....

10. OŚWIADCZAM, ŻE:

- a) nie mam zaległości wobec PFRON,
- b) w ciągu trzech lat od daty złożenia niniejszego wniosku nie byłam/em stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
- c) posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakresie kwalifikowalnych kosztów realizacji zadania dotyczącego likwidacji barier architektonicznych (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – co najmniej 5 % ceny brutto),
- d) przyjmuję do wiadomości, iż dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu,
- e) powyższe dane są zgodne z prawdą i jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- f) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922 z późn. zm.) w związku z ubieganiem się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych.

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy*/Przedstawiciela ustawowego*/Opiekuna Prawnego)

* niepotrzebne skreślić

Załączniki do wniosku:

Do I etapu (w dniu złożenia wniosku):

1. Aktualny dokument stwierdzający niepełnosprawność (orzeczenie) – poświadczony za zgodność z oryginałem.
2. Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym (poświadczony za zgodność z oryginałem) – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny.
3. Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności wg wzoru dołączonego do formularza wniosku (**ważne 3 miesiące od daty wystawienia**) zawierające informację:
 - o rodzaju niepełnosprawności, jeżeli nie jest określona w orzeczeniu,
 - o trudnościach w poruszaniu się.
4. Dokumenty potwierdzające podstawę prawną zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (np. własność – aktualny wyciąg z księgi wieczyste, użytkowanie wieczyste, umowa najmu itp.).
5. Zaświadczenie o stałym zameldowaniu w lokalu lub budynku mieszkalnym.
6. Zgoda właściciela/współwłaściciela budynku na wykonanie likwidacji barier architektonicznych – o ile dotyczy.
7. Dokument zawierający informację o innych źródłach finansowania zadania – o ile dotyczy.

Do II etapu (po zakwalifikowaniu Wnioskodawcy do przyznania dofinansowania):

1. Kosztorys.
2. Projekt i pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach).

WYPEŁNIA PCPR

Decyzja o przyznaniu dofinansowania

Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Iławie rozpatrzył wniosek pozytywnie/negatywnie i przyznaje/nie przyznaje dofinansowanie ze środków PFRON w kwociezł słownie złotych w ramach likwidacji barier architektonicznych dla osób fizycznych.

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć Dyrektora PCPR

(stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej)

Załącznik do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier
architektonicznych

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
Wydane na potrzeby PCPR

Imię i nazwisko pacjenta:

Data urodzenia **PESEL**

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....
.....

2. Opis schorzenia będącego przyczyną niepełnosprawności:

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:

.....
.....

4. Czy osoba porusza się na wózku inwalidzkim:

5. Czy osoba jest leżąca:

6. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny:

.....
.....

**7. Konieczność realizacji zadań zmierzających do usunięcia barier architektonicznych
w miejscu zamieszkania, które umożliwią lub w znacznym stopniu ułatwią osobie
niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub
kontaktów z otoczeniem ***

1. TAK (uzasadnić)

.....
.....

2. NIE

.....

Data

* właściwe zaznaczyć

.....

Pieczętka i podpis lekarza