

pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

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

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

część A . DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY
(proszę wypełniać drukowanymi literami)

Imię i nazwisko:Nr PESEL:.....

Data urodzenia: Dowód osobisty: seria i nr

wydany dn.przez.....

Płeć: mężczyzna, kobieta*

Adres zamieszkania:

województwopowiat

gmina miejscowość

ulica nr domunr lokalu.....

kod pocztowy poczta

Rodzaj miejscowości: miasto / wieś *

nr tel./ (z nr kier.)

adres e-mail:

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

Imię i nazwisko:Nr PESEL:.....

Data urodzenia: Dowód osobisty: seria i nr

wydany dn.przez.....

Płeć: mężczyzna, kobieta*

Adres zamieszkania:

województwopowiat

gmina miejscowość

ulica nr domunr lokalu.....

kod pocztowy poczta

Rodzaj miejscowości: miasto / wieś *

nr tel./ (z nr kier.)

adres e-mail:

* właściwe podkreślić

ustanowiony opiekunem* / pełnomocnikiem*

.....
postanowieniem Sądu rejonowego z dnia sygn akt
na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza
z dn..... repet nr
na mocy pełnomocnictwa niepotwierdzonego notarialnie – z dnia

Stopień niepełnosprawności - proszę zaznaczyć 1 właściwą rubrykę wstawiając X

• osoby w wieku do lat 16 (w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat), którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
• 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 (orzeczenie wydane przed 01.01.1998)	
• umiarkowany	
• inwalidzi II grupy,	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy	
• lekki	
• inwalidzi III grupy	
• osoby częściowo niezdolne do pracy,	
• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym (orzeczenie wydane przed 01.01.1998r.)	

Rodzaj niepełnosprawności – wstawić X we właściwej rubryce

Upośledzenie umysłowe	
Choroby psychiczne	
Zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	
W tym: - osoba głucha, osoba głuchoniema*	
Zaburzenia narządu wzroku	
W tym osoba niewidoma, osoba głuchoniewidoma*	
Dysfunkcja narządu ruchu	
W tym wnioskodawca lub podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego	
W tym dysfunkcja obu kończyn górnych	
Epilepsja	
Choroby układu oddechowego i krążenia	
Choroby układu pokarmowego	
Choroby układu moczowo – płciowego	
Choroby neurologiczne	
Całościowe zaburzenia rozwojowe	
Inne, jakie:	
.....	

Niepełnosprawność jest sprzężona: tak*, nie*

Liczba przyczyn niepełnosprawności: 2*, 3*

* właściwe podkreślić

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe – wstawić X we właściwej rubryce

1. samotnie	
2. z rodziną / wspólnie	

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O DOCHODACH ZA KWARTAŁ POPRZEDZAJĄCY MIESIĄC ZŁOŻENIA WNIOSKU

Oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

Lp.	NAZWISKO	IMIĘ	STOPIEŃ POKREWIEŃ STWA	ŹRÓDŁO DOCHODU	PRZECIĘTNY MIESIĘCZNY DOCHÓD NETTO W ROZUMIENIU PRZEPISÓW O ŚWIADCZENIACH RODZINNYCH
1.	WNIOSKODAWCA		_____		
2.					
3.					
4.					
5.					
RAZEM:					

Posiadam gospodarstwo rolne o powierzchni ha/przeliczeniowe. Dochód roczny z gospodarstwa wyniósłzł. Dochód miesięczny z gospodarstwa rolnego.....zł

Oświadczam, że średni miesięczny dochód netto przypadający na jedna osobę w moim gospodarstwie domowym wyniósłzłgr.

Powyższy dochód jest / nie jest* obciążony z tytułu wyroków sądowych lub innych tytułów.

Korzystanie ze środków finansowych PFRON

Informacja obejmuje dofinansowanie otrzymane na podstawie zawartych umów. Nie należy wykazywać pomocy uzyskanej w ramach zadania: przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

NIE KORZYSTAŁEM(AM) KORZYSTAŁEM(AM_

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

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

Przedmiot wniosku – przeznaczenie dofinansowania:

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

* właściwe podkreślić

Koszt zadania

Przewidywany koszt ogólny (wynikający z załączonych kosztorysów) Cyframi: zł. Słownie: zł.
Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania Cyframi: zł. (do 95% kosztów przedsięwzięcia) Słownie: zł. Co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania :
Deklarowane środki własne: Cyframi: zł. (co najmniej 5% kosztu ogólnego) Słownie: zł.
Inne źródła finansowania

Cel dofinansowania (uzasadnienie):

Prosimy o wyczerpujące informacje. W miarę możliwości wykazania, każdą podaną informację należy udokumentować w formie załącznika do wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku.

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

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

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

Miejsce realizacji zadania

.....

Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

.....

Ogólna wartość 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 – wybrać 1 lub 2:

1. Przelew na konto wnioskodawcy / osoby upoważnionej przez wnioskodawcę

Nazwa banku i numer rachunku bankowego.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nazwisko i imię właściciela rachunku bankowego

2. Konto wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi.

Opis budynku i mieszkania:

1. dom jednorodzinny*, wielorodzinny prywatny*, wielorodzinny komunalny*, wielorodzinny spółdzielczy*.
 2. budynek parterowy*, piętrowy*, mieszkanie na (proszę 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*.
 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:
-

Sytuacja zawodowa – wstawić X we właściwej rubryce

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	
6. inne, jakie?	

OŚWIADCZENIA

Uprzedzona(ny) o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Przepisy wprowadzające Kodeks karny- za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

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.

* właściwe podkreślić

Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań (nie mam zaległości) wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji osób niepełnosprawnych.

Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam, że o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Środzie Śląskiej i nie będę ubiegał(a) się w bieżącym roku odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego).

Przyjmuję do wiadomości, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy ze środków Funduszu.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz na administrowanie moimi danymi osobowymi zgodnie z *Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady Europy (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* przez **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Środzie Śląskiej, ul. Wrocławska 2, 55-300 Środa Śląska**, w celu realizacji wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że **zapoznałem(am) się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych udostępnioną przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Środzie Śląskiej.**

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

Załączniki do wniosku :

1. Kopia orzeczenia o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a przypadku osoby, o której mowa w art.62 ust.3 ustawy, kopia orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998r. (oryginał do wglądu).
2. Kopie orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą (jeśli dotyczy).
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie lekarza specjalisty, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności i szczegółową informację, że wykonanie wnioskowanych prac lub zakup wnioskowanych materiałów, urządzeń umożliwi lub ułatwi Wnioskodawcy wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem, jeżeli jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności.
4. Udokumentowany tytuł prawny do lokalu mieszkalnego potwierdzający zamieszkanie wnioskodawcy pod wskazanym do likwidacji barier adresem (własność, umowa najmu).
5. W przypadku gdy nie wnioskodawca nie jest właścicielem mieszkania /nieruchomości – pisemną zgodę właściciela/właścicieli nieruchomości na likwidację barier architektonicznych.
6. Zaświadczenia o dochodach Wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą, ewentualnie decyzje w sprawie przyznanych i pobieranych świadczeń, np. ZUS, KRUS, GOPS.
7. Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.
8. Projekt i kosztorys, pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach), zawierające pełen wykaz prac oraz przedmiotów niezbędnych do likwidacji barier architektonicznych (np. oferta cenowa na materiały budowlane, kosztorys wykonawcy, itd.).
9. Inne wymagane dokumenty w zależności od indywidualnej sytuacji.

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

.....
miejsowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA SPECJALISTY
Wydane na potrzeby PCPR w celu likwidacji barier architektonicznych

Imię i nazwisko:.....

PESEL:.....

Adres zamieszkania:.....

I. Zakres schorzenia lub dysfunkcji (opis):

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

II. Rodzaj niepełnosprawności:

1) Osoba z niepełnosprawnością fizyczną

- motoryczną, ruchową: z uszkodzeniem narządu ruchu, który uniemożliwia wykonywanie różnych ruchów i czynności oraz poruszaniu się w przestrzeni;
- osoba z niepełnosprawnością narządów wewnętrznych

2) Osoba z niepełnosprawnością sensoryczną

- z niepełnosprawnością wzrokową, osoby niewidome i słabo widzące
- z niepełnosprawnością słuchową, osoby głuche i słabo słyszące

3) osoba z niepełnosprawnością intelektualną, psychiczną, autyzmem

4) inne, jakie?

.....
.....

III. Ze względu na niepełnosprawność osoba porusza się

- samodzielnie
- na wózku inwalidzkim
- przy pomocy innego przedmiotu ortopedycznego , jakiego?

.....
.....

- osoba leżąca

IV. Sprawność kończyn górnych:

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowite ograniczenie

Sprawność kończyn dolnych:

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowite ograniczenie

V. Pacjent wymaga (opis):

Likwidacji barier architektonicznych – tj.:

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

.....
pieczęć i podpis lekarza specjalisty