

.....
pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
likwidacji barier architektonicznych
dla osoby niepełnosprawnej

A. Dane wnioskodawcy* osoby niepełnosprawnej, przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika):

.....syn/córka.....
nazwisko i imię *imię ojca*

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

nr PESEL.....

nr kodu.....-.....poczta.....
dokładny adres

mięscowość.....ulica.....nr domu.....nr lokalu.....

ustanowiony opiekunem/pełnomocnikiem.....
(postanowieniem Sądu Rejonowego w z dn. sygn. Akt* / na mocy pełnomocnictwa potwierzonego przez Notariusza z dn. repert. nr)

Nr telefonu.....

Dane dziecka/osoby ubezwłasnowolnionej*:

.....syn/córka.....
nazwisko i imię *imię ojca*

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

PESEL.....

nr kodu.....-.....poczta.....
dokładny adres

mięscowość.....ulica.....nr domu.....nr lokalu.....

Tabela 1: Rodzaj niepełnosprawności

zakreśl X we właściwej rubryce

1. dysfunkcja narządów ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	
2. inna dysfunkcja narządów ruchu, jaka?	
3. dysfunkcja narządów wzroku, jaka?	
4. dysfunkcja narządów słuchu i mowy, jaka ?	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe), jaki?	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia lub inna nie wymieniona w pkt.1-5, jaka?	

Tabela 2: Stopień niepełnosprawności

zakreśl X we właściwej rubryce

1. znaczny (inwalida I grupy)	
2. umiarkowany (inwalida II grupy)	
3. lekki (inwalida III grupy)	

Tabela 3: Okres wydania orzeczenia*zakreśl X we właściwej rubryce*

Okresowo do.....	
Na stałe	

Tabela 4: Sytuacja zawodowa*zakreśl X we właściwej rubryce*

1. zatrudniony / prowadzący działalność gospodarczą	
2. bezrobotny poszukujący pracy / rencista poszukujący pracy	
3. rencista / emeryt - nie zainteresowany podjęciem pracy	
4. młodzież od lat 18 do 24 - ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca	
5. dzieci i młodzież – do lat 18	
6. inna – jaka?	

Tabela 5: Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje*zakreśl X we właściwej rubryce*

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

Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku/mieszkania *

- dom jednorodzinny, wielorodzinny prywatny, wielorodzinny komunalny, wielorodzinny spółdzielczy, inne.....
 - budynek parterowy, piętrowy, mieszkanie na piętrze
 - 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
-
-

Tabela 6: Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z wnioskodawcą

Nazwisko i imię	Stopień pokrewieństwa	stopień i rodzaj niepełnosprawności	Średni miesięczny dochód netto obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku
1. WNIOSKODAWCA			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

Tabela 7: Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Nr zawartej umowy	Data przyznania dofinansowania	Kwota przyznanego dofinansowania	Cel	Stan rozliczenia

B. Dane dotyczące przedmiotu i celu dofinansowania

1. Przedmiot i cel dofinansowania: (wpisać informacje uzasadniające ubieganie się o dofinansowanie oraz cel jakiemu będzie ono służyć)

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

2. Wykaz planowanych prac w celu likwidacji barier : (kolejność wg ważności wnioskowanego dofinansowania):

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

3. Miejsce realizacji zadania (instalacji urządzeń, wykonania robót).....

.....

4. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji

.....
.....

5. Przewidywany całkowity koszt realizacji zadania:zł
(słownie:.....zł)

6. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania zł: (do 95% kosztów przedsięwzięcia, nie więcej jednak niż do wysokości piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia)

.....zł (słownie:.....zł)

7. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania:

.....

8. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na wnioskowany cel do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek (kwota, zakres prac, źródła finansowania)

.....

9. Forma przekazania dofinansowania

na konto wnioskodawcy :

Nazwa banku:.....

Nr rachunku: -------

na konto sprzedawcy.

OŚWIADCZENIA:

1. Oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód (netto)**, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, **podzielony przez liczbę osób** we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony **za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku**, wynosił zł,
(słownie: zł)

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

2. Oświadczam, iż w roku bieżącym nie uzyskałam/m dofinansowania do wniosku o likwidację barier architektonicznych ze środków PFRON.

3. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz w ciągu ostatnich trzech lat przed złożeniem wniosku, nie byłam/em stroną umowy z w/w Funduszem, którą rozwiązano z przyczyn leżących po mojej stronie.

4. Oświadczam, iż dane złożone w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą oraz że zostałam/em pouczona/y o uregulowanej w np. 233 kodeksu karnego odpowiedzialności za składanie fałszywych zeznań.

5. Zostałam/m poinformowana/y, że decyzje w sprawie przyznania środków lub odmowy dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych będą podejmowane po otrzymaniu przez PCPR w Poddębicach środków finansowych na realizację w/w zadania w danym roku kalendarzowym.

6. Zapoznałam/em się z procedurą dotyczącą likwidacji barier architektonicznych

Miejscowość i data

(czytelny podpis osoby niepełnosprawnej*/przedstawiciela
ustawowego*/opiekuna prawnego*/pełnomocnika*)

*niepotrzebne skreślić

Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku – WYPEŁNIA PRACOWNIK PCPR:

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku TAK/NIE	Uzupełniono TAK /NIE	Data uzupełnienia
1. kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub inne równoważne potwierdzające niepełnosprawność Wnioskodawcy - (oryginał do wglądu)			
2.aktualne zaświadczenie lekarskie – wydane przez specjalistę (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku do wniosku) - ważne 3 miesiące od daty wystawienia			
3. kopie orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z Wnioskodawcą– (oryginały do wglądu)			
4.dokumenty potwierdzające prawo występowania w imieniu niepełnoletniej/pełnoletniej osoby niepełnosprawnej (np. rodzic, opiekun prawny, pełnomocnik) – (oryginał do wglądu)			
5. kserokopia aktualnego dokumentu potwierdzającego tytuł prawny do lokalu lub budynku, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych np. akt własności, wieczyste użytkowanie, nominacja, umowa najmu - (oryginał do wglądu)			
6. w przypadku, gdy lokal jest własnością innej osoby należy dostarczyć pisemną zgodą właściciela mieszkania/budynku na wykonanie robót we wnioskowanym zakresie(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku do wniosku)			
7. kosztorys planowanego przedsięwzięcia / oferta cenowa			
8. inne załączniki, jakie?			