

.....
numer kolejny wniosku

.....
data wpływu wniosku do PCPR

**WNIOSEK
O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON
LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH**

I. Dane osoby niepełnosprawnej, której dotyczy wniosek:

Imię i nazwisko	PESEL
Adres zamieszkania	Numer Identyfikacji Podatkowej NIP
Seria i numer dowodu osobistego	Kiedy i przez kogo został wydany
Data urodzenia	Telefon

Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekuna prawnego lub pełnomocnika osoby niepełnosprawnej:

Imię i nazwisko		
Adres zamieszkania		
Numer NIP	Numer PESEL	
Seria i numer dowodu osobistego	wydanego przez	
..... w dniu		
Telefon kontaktowy		
<input type="checkbox"/> przedstawiciel ustawowy	<input type="checkbox"/> opiekun prawny	<input type="checkbox"/> pełnomocnik

II Określenie stopnia niepełnosprawności:

1. stopień znaczny (I grupa), niezdolność do samodzielnej egzystencji
2. stopień umiarkowany (II grupa), całkowita niezdolność do pracy
3. stopień lekki (III grupa), częściowa niezdolność do pracy
4. osoby niepełnosprawne w wieku do lat 16

III Rodzaj niepełnosprawności:

- 1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wozku inwalidzkim
- 2. wrodzony brak lub amputacja kończyn górnych
- 3. inna dysfunkcja narządu ruchu
- 4. dysfunkcja narządu wzroku
- 5. inne schorzenia:
-

IV Sytuacja zawodowa:

- 1. zatrudniony/ prowadzący działalność gospodarczą
- 2. osoba w wieku od 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

V Inne osoby niepełnosprawne zamieszkujące z Wnioskodawcą

Lp.	Stopień pokrewieństwa	Stopień niepełnosprawności	Rodzaj niepełnosprawności
1			
2			
3			
4			
5			

VI Sytuacja mieszkaniowa:

1. Ocena stanu technicznego budynku:

dobry średni zły

2. Standart mieszkania:

- **Budynek, w którym ma zostać przeprowadzona likwidacja barier architektonicznych to:**

budynek parterowy piętrowy mieszkanie na (proszę podać kondygnację)

- **opis mieszkania:**
pokoje (proszę podać liczbę) z: kuchnią bez kuchni

- **łazienka** TAK NIE

jeśli tak proszę zaznaczyć w co jest wyposażona:

wanna brodzik umywalka WC

- **ogrzewanie:**
piec kaflowy CO elektryczne inne

- **woda** TAK NIE
- zimna ciepła

3. Wnioskodawca zamieszkuje:

samotnie z rodziną z osobami nie spokrewnionymi

VII Sposób poruszania się:

samodzielnie	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
na wózku inwalidzkim	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
o kulach lub lasce	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
korzysta z pomocy opiekunki domowej z GOPS	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

VIII Opis planu przedsięwzięć (należy podać zakres prac, których wykonanie ułatwi codzienną egzystencję osoby niepełnosprawnej):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Uzasadnienie wniosku:

.....

.....

.....

.....

.....

IX Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

.....

X Planowany koszt przedsięwzięcia (inwestycji)

.....

XI Kwota wnioskowanego dofinansowania

.....

XII Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON TAK NIE

Jeżeli tak to proszę wypełnić poniższą tabelkę

Lp.	Rodzaj dofinansowania	Zakres przedmiotowy umowy	Rok zawarcia umowy	Kwota otrzymanego dofinansowania
1	Likwidacja barier architektonicznych			
2	Likwidacja barier w komunikowaniu się			
3	Likwidacja barier technicznych			
4	Program PFRON			

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

OŚWIADCZENIE

- Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553) **oświadczam**, że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
- Oświadczam, że przeciętny miesięcznych dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, uzyskany w roku podatkowym poprzedzającym dzień złożenia wniosku, wynosił zł
Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi
- Oświadczam, że mam/ nie mam* zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.)

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

* niepotrzebne skreślić

Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub równoważnego (oryginał do wglądu).
2. Kopię orzeczeń osób niepełnosprawnych mieszkających wspólnie z wnioskodawcą (oryginały do wglądu).
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności **wg załącznika nr 1.**
4. Dokument określający właściciela lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (akt notarialny, umowa najmu, umowa darowizny).
5. Zgoda właściciela budynku (w koniecznych przypadkach)
6. Aktualny dokument potwierdzający stałe zameldowanie wnioskodawcy.
7. Szkic pomieszczeń, w których ma zostać przeprowadzona likwidacja barier architektonicznych i ich wymiary – metraż (**sporządzony przez osobę posiadającą uprawnienia budowlane**).
8. Kosztorys (**sporządzony przez osobę posiadającą uprawnienia budowlane**).