

.....
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

3. Wnioskodawca zamieszkuje:

samotnie

z rodziną

z osobami nie spokrewnionymi

VII Sposób poruszania się:

samodzielnie

TAK

NIE

na wózku inwalidzkim

TAK

NIE

o kulach lub lasce

TAK

NIE

korzysta z pomocy opiekunki domowej z GOPS

TAK

NIE

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.	Przedmiot dofinansowania	Rok zawarcia umowy	Kwota otrzymanego dofinansowania
1			
2			
3			
4			

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

OŚWIADCZENIE

1. 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.
2. 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
3. Oświadczam, że mam/ nie mam* zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
4. 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*)

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. Szkice 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**).