

Nr wniosku PCPR .7321.....2024

Data wpływu

L.dz.....

wypełnia PCPR



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

(wypełnić czytelnie drukowanymi literami)

I. DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

rodzic dziecka*		opiekun prawny dziecka/podopiecznego*	
-----------------	--	---------------------------------------	--

*zaznaczyć x we właściwej rubryce

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

nr kodu - poczta nr telefonu

Opiekun prawny* ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego z dn.

sygn. akt*

Pełnomocnik* na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dnia

Repertorium nr

DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

nr kodu - poczta nr telefonu

II. Stopień niepełnosprawności (proszę wstawić znak X we właściwej rubryce)

znaczny/ I grupa/ całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	
umiarkowany/ II grupa/ całkowita niezdolność do pracy	
lekki/ III grupa/ częściowa niezdolność do pracy	
osoby niepełnosprawne w wieku do 16 lat	

III. Rodzaj niepełnosprawności (proszę wstawić znak X we właściwej rubryce)

dysfunkcja narządów ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim,	
wrodzony brak lub amputacja dłoni lub rąk, amputacja nóg	
inna dysfunkcja narządu ruchu (jaka?)	
dysfunkcja narządu wzroku	
inne schorzenia (jakie?)	

IV. Sytuacja zawodowa (proszę wstawić znak X we właściwej rubryce)

zatrudniony*/ prowadzący działalność gospodarczą*	
młodzież od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca	
bezrobotny poszukujący pracy*/ rencista poszukujący pracy*	
rencista*/ emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy	
dzieci i młodzież do 18 roku	

V. Sytuacja mieszkaniowa - opis budynku i 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*, WC*
 - w mieszkaniu jest: kanalizacja*, instalacja wody zimnej/ciepłej*, centralne ogrzewanie*, prąd*, gaz*
 - inne informacje o warunkach mieszkaniowych
-
-

* *podkreślić właściwe***VI. Sposób poruszania się** (proszę wstawić znak X we właściwej rubryce)

osoba nieporuszająca się	
osoba poruszająca się samodzielnie	
osoba na wózku inwalidzkim	
osoba poruszająca się za pomocą kul, laski lub balkoniku*	

VII. Prowadzenie gospodarstwa domowego (proszę wstawić znak X we właściwej rubryce)

samodzielnie	
z pomocą	
opieka	

VIII. Osoba niepełnosprawna zamieszkuje (proszę wstawić znak X we właściwej rubryce)

samotnie	
z rodziną	
z osobami niespokrewnionymi	

IX. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą niepełnosprawną (poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą)

pokrewieństwo	stopień niepełnosprawności	rodzaj niepełnosprawności

X. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON w ciągu ostatnich trzech lat: tak , nie
(jeżeli tak to proszę wypełnić poniższą tabelkę)

cel dofinansowania	rok i numer zawartej umowy	kwota przyznanego dofinansowania	stan rozliczenia

XI. Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania

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

XII. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

.....

XIII. Planowany koszt przedsięwzięcia /deklarowany udział własny Wnioskodawcy /kwota wnioskowana

planowany koszt przedsięwzięcia	
udział własny Wnioskodawcy (nie mniej niż 5%)	
kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON (do 95%)	

XIV. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych na realizację zadania (wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania)

.....
.....

XV. Forma przekazania środków finansowych na dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych (zaznaczyć właściwe)

- przelew na konto Wnioskodawcy/osoby wskazanej we wniosku

właściciel konta (imię i nazwisko)

nazwa banku

nr rachunku bankowego

- konto sprzedawcy/usługodawcy podane na dowodzie zakupu

OŚWIADCZENIE

1. 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 złotych.
Liczba osób pozostająca we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi
2. Oświadczam, że mam/nie mam* zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz byłem(łam)/nie byłem(łam) w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie z Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
3. Oświadczam, że posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach zadania.
4. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku innych niż wymienione w § 11 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie określania rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, dla celów złożonego wniosku.

- Oświadczam, iż zapoznałem się z klauzulą informacyjną stanowiącą załącznik nr 3 do niniejszego wniosku.
- Świadomy(ma) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych - art. 233 Kk oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku, zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni

**UWAGA: ZŁOŻENIE WNIOSKU NIE JEST JEDNOZNACZNE Z PRYZNANIEM DOFINANSOWANIA,
NIEZREALIZOWANY WNIOSEK ZŁOŻONY W DANYM ROKU KALENDARZOWYM
NIE PRZECHODZI NA ROK NASTĘPNY.**

.....
(podpis Wnioskodawcy*/Przedstawiciela ustawowego* Opiekuna prawnego*/
Pełnomocnika*)

*podkreślić właściwe

Wniosek został rozpatrzony pozytywnie/negatywnie.

Przyznano kwotę dofinansowania do wysokości:.....

słownie.....

.....
(Pieczęć i podpis Dyrektora)

UMOWA NR.....z dnia.....

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:

- Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności, orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego (oryginał do wglądu).
- Kserokopia orzeczeń osób niepełnosprawnych mieszkających wspólnie z wnioskodawcą.
- Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju posiadanych schorzeń utrudniających poruszanie się, w przypadku osób, których orzeczenie nie zawiera symbolu wskazującego o niepełnosprawności z tytułu narządu ruchu lub wzroku (załącznik nr 1 do wniosku).
- Dokument potwierdzający pełnienie funkcji opiekuna prawnego.
- Zestawienie kosztów planowanych prac i zakupu materiałów do likwidacji barier (kosztorys załącznik nr 2) lub wycena.
- Zaświadczenie ze szkoły/uczelni - dotyczy dzieci i młodzieży od 18 do 24 r.ż. uczącej się i niepracującej.
- Szkic pomieszczeń, w których ma zostać przeprowadzona likwidacja barier architektonicznych i ich wymiary - metraż (przed i po likwidacji barier).
- Pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach).
- Zgoda właściciela budynku, właściciela lokalu (w koniecznych przypadkach).

PRZY SKŁADANIU WNIOSKU NALEŻY OKAZAĆ DO WGLĄDU (na żądanie pracownika):

- Dowód osobisty.
- Akt urodzenia dziecka - w przypadku, gdy przedstawiciel ustawy posiada inne nazwisko niż niepełnoletnia osoba niepełnosprawna- Nr aktu.....
- Dokument notarialny potwierdzający pełnomocnictwo.
- Dokument określający właściciela lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (akt notarialny/umowa najmu/umowa darowizny/wyciąg z ksiąg wieczystych).
- Dokumenty uzasadniające wysokość dochodów (netto) wszystkich członków pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym z ostatniego kwartału przed złożeniem wniosku (do weryfikacji dochodu).