

NR sprawy BON.5140.....

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

pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

WNIOSEK**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji
BARIER ARCHITEKTONICZNYCH w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej**

Bariery architektoniczne – to przystosowanie mieszkania dla osoby niepełnosprawnej mającej trudności w poruszaniu się, w celu umożliwienia jej wykonywania podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem.

(wniosek należy wypełnić czytelnie, niebieskim długopisem)

1. DANE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSEK:

Imię i nazwisko		PESEL
Kod pocztowy	miejsowość	Adres
Data urodzenia	gmina	Telefon
Dowód osobisty (seria i numer)		wydany przez..... ważny do.....

2. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (WYPEŁNIĆ, JEŚLI WNIOSEK DOTYCZY OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ), OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA:

Imię i nazwisko		PESEL
Kod pocztowy	miejsowość	Adres
Data urodzenia	gmina	Telefon
Dowód osobisty (seria i numer)		wydany przez..... ważny do.....
Opiekun prawny* - ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia..... sygnatura akt.....		
Pełnomocnik* - na mocy pełnomocnictwa poświadczonego przez notariusza z dnia..... nr repetytorium.....		

Wniosek składam		(wstawić X we właściwej rubryce)
Po raz pierwszy		
Po raz kolejny – wpisać rok złożenia pierwszego wniosku		

3. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (wstawić X we właściwej rubryce)

Posiadane orzeczenie:			
Stopień niepełnosprawności			
znacznym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> I grupa	całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/>
umiarkowany	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> II grupa	całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/>
lekki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> III grupa	częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/>
o niepełnosprawności (do 16. roku życia) <input type="checkbox"/>			
termin ważności orzeczenia	<input type="checkbox"/>	trwałe	<input type="checkbox"/> czasowe do

4. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (wstawić X we właściwej rubryce)

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak lub amputacja dłoni lub rąk	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. dysfunkcja układu oddechowego i krążenia	
7. choroby neurologiczne	
8. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia i inne	

5. 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. SYTUACJA MIESZKANIOWA-ZAMIESZKUJE (wstawić X we właściwej rubryce)

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

**7. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW FINANSOWYCH PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI
OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

TAK <i>korzystano</i>	NIE <i>korzystano</i>
------------------------------	------------------------------

	nazwa	rok	kwota
1. na likwidację barier architektonicznych			
2. na likwidację barier technicznych			
3. na likwidację barier w komunikowaniu się			
4. na zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny			
5. inne PFRON			

8. CEL LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH – WYCZERPUJĄCE UZASADNIENIE

.....

**9. WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER I
ORIENTACYJNY KOSZT**

.....

Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania zł:

Cyframi:.....

(słownie.....zł)

UWAGA!

1. Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z otrzymaniem dofinansowania.

2. Warunkiem zrealizowania dofinansowania z zakresu likwidacji barier architektonicznych jest wcześniej zawarta umowa z PCPR

.....
 czytelny podpis wnioskodawcy*
 (osoby niepełnosprawnej* lub jej
 pełnomocnika*, przedstawiciela
 ustawowego*, opiekuna prawnego*)

Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier architektonicznych

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu).
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku ich posiadania (oryginał do wglądu).
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza rodzinnego lub specjalistę, zawierające informację o obecnym stanie zdrowia **wskazujące na zasadność** likwidacji barier architektonicznych (załącznik nr 2).
4. Oświadczenie o dochodach (załącznik nr 1)
5. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (umowa najmu, akt notarialny lub aktualny wypis z księgi wieczystej).
6. Pisemna zgoda właściciela nieruchomości na likwidację barier architektonicznych.
7. Zaświadczenie z powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.
8. Kopia pełnomocnictwa ustanowienia opiekuna prawnego/pełnomocnika postanowieniem Sądu lub poświadczonego przez notariusza.

OŚWIADCZENIE**Oświadczam, że:**

- nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
- nie byłam/em w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
- wyrażam zgodę na zbieranie, utrwalanie i przechowywanie danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji dofinansowania, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (tj.: DZ. U. z 2016 r. poz. 992.).

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i §6 k.k. w zw. z art. 75 §2 i art. 83§3 k.p.a. za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku zostały podane zgodnie z prawdą.

O zaistniałych zmianach po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni od zaistnienia zmiany.

.....
czytelny podpis wnioskodawcy*
(osoby niepełnosprawnej* lub jej
pełnomocnika*, przedstawiciela
ustawowego*, opiekuna prawnego*)

Wypełnia Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
--

KARTA WERYFIKACJI WNIOSKÓW O DOFINANSOWANIE LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH

I. Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku:

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku „X”	Uzupełniono	Data uzupełnienia
		<i>(wypełnia pracownik PCPR)</i>		
1.	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności			
2.	Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku ich posiadania			
3.	Aktualne zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza rodzinnego lub specjalistę, zawierające informację o obecnym stanie zdrowia wskazujące na zasadność likwidacji barier architektonicznych (załącznik nr 2).			
4.	Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (umowa najmu, akt notarialny lub aktualny wypis z księgi wieczystej).			
5.	Pisemna zgoda właściciela nieruchomości na likwidację barier architektonicznych.			
6.	Oświadczenie o dochodach netto Wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą z trzech ostatnich miesięcy poprzedzających złożenie wniosku. oraz w przypadku prowadzenia gospodarstwa rolnego oświadczenie o uzyskaniu dochodu. (załącznik nr 1)			
7.	Zaświadczenie z powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.			
8.	Kopia pełnomocnictwa ustanowienia opiekuna prawnego/pełnomocnika postanowieniem Sądu lub poświadczonego przez notariusza.			

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów	Sprawdzono pod względem merytorycznym

- I. Imię i nazwisko wnioskodawcy
1. Wiek.....
 2. Orzeczenie (rodzaj)
 3. Ważne do
 4. Przyczyny niepełnosprawności.....
 5. Korzystanie ze środków PFRON.....
 6. Data wizji lokalnej.....
- II. Dochód

Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym	
Miesięczny dochód rodziny w przeliczeniu na 1 członka w rodzinie	

III. Opis sytuacji:

.....

 Warunki mieszkaniowe.....

IV. Zakres prac obejmujących likwidację barier architektonicznych

.....

V. Opinia zespołu ds. rozpatrywania wniosków:

Wniosek zaopiniowany:

pozytywnie

Kwota dofinansowania.....

UWAGI.....

.....

negatywnie

.....

Data i podpisy członków zespołu

*niepotrzebne skreślić