

pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

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

PCPR 8215/...../.....

WNIOSEK

***o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych
w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej***

Dane dotyczące Wnioskodawcy (proszę wypełnić drukowanymi literami)

.....syn/córka *

imię (imiona) i nazwisko

imię ojca

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

nr PESEL.....nr NIP.....

miejscowość.....ulica.....nr domu.....nr lokalu
adres stałego zameldowania

nr kodu.....-.....poczt.....powiat.....

województwo.....nr tel./faxu (z nr kier.).....

I. A. Stopień niepełnosprawności⁽¹⁾

1. znaczny	
- inwalidzki I grupy	
- osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
- osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek stały	
- osoby w wieku do lat 16 (w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat), którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
2. umiarkowany	
- inwalidzki II grupy	
- osoby całkowicie niezdolne do pracy	
- inwalidzki III grupy ze względu na głuchotę lub głuchoniemotę	
3. lekki	
- pozostali inwalidzi III grupy	
- osoby częściowo niezdolni do pracy	
- osoby stale albo długotrwale do pracy w gospodarstwie rolnym	

(1) proszę wstawić znak X we właściwej rubryce

I. B. Rodzaj niepełnosprawności⁽¹⁾

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim: wrodzony brak albo amputacja dłoni lub ręki	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządu słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

II. Sytuacja zawodowa⁽¹⁾

1. zatrudniony*/prowadzący działalność gospodarczą*	
2. osoba wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca*	
3. bezrobotny poszukujący pracę*/rencista poszukujący pracy*	
4. rencista*/emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy	
5. dzieci i młodzieży do lat 18	

III. A. Sytuacja mieszkaniowa – warunki mieszkaniowe (wypełnia pracownik Centrum)⁽¹⁾

1. zła	
2. przeciętne	
3. dobra	
4. bardzo dobre	

III. B. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i mieszkania

1. dom jednorodzinny*, wielorodzinny prywatny*, wielorodzinny komunalny*, wielorodzinny spółdzielczy*.
2. inne*
3. budynek parterowy*, piętrowy*, mieszkanie na..... (proszę podać kondygnację)
4. przybliżony wiek budynku lub rok budowy.....
5. opis mieszkania: pokoje.....(podać liczbę), z kuchnią*, bez kuchni*, z łazienką*, bez łazienki*, z wc*, bez wc*
6. łazienka jest wyposażona w: wannę*, brodzik*, kabinę prysznicową*, umywalkę*.
7. w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej*, ciepłej*, kanalizacja*, centralne ogrzewanie*, prąd*, gaz*.
8. inne informacje o warunkach mieszkaniowych.....
.....
.....
.....
.....

III. C. Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje⁽¹⁾

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

⁽¹⁾ proszę wstawić znak X we właściwej rubryce

* niepotrzebne skreślić

III. D. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą (w tym osoby niepełnosprawne)

Imię i nazwisko - pokrewieństwo	niepełnosprawność		Dochód miesięczny netto z ostatnich trzech miesięcy
	stopień ⁽²⁾	rodzaj ⁽³⁾	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
RAZEM			

IV. Oświadczenie

Niniejszym oświadczam, że **średni miesięczny dochód rodziny** w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych pomniejszony o:

- obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych;
- składek z tytułu ubezpieczeń: społecznego, rentowego i chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych;
- kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób;

-
podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym **za ostatnie trzy miesiące**, wynosi

..... zł.

Nazwa banku i numer konta bankowego

V. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Nr i data zawarcia umowy	Przyznana kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia
RAZEM		KWOTA ROZLICZONA RAZEM		

VI. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

VII. Miejsce realizacji zadania i cel likwidacji barier architektonicznych:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

VIII . Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier i orientacyjnych koszt (w kolejności od najważniejszego dla Wnioskodawcy)

.....

.....

.....

.....

.....

KOSZT PRZEDSIĘWZIĘCIA:

Koszt ogólny	 zł	100 %
Środki własne na realizację zadania (Minimum 20%)	 zł	%
Wnioskowana kwota dofinansowania	 zł	 %

IX. Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania

Lp	Wartość ogólna	Źródła finansowania	Poniesione nakłady
Razem			

X. Inne źródła finansowania zadania

XI. Inwestor zastępczy (inspektor nadzoru) wybrany przez Wnioskodawcę:

.....
(nazwa i dokładny adres z numerem kodu)

.....nr telefonu.....

Upředzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1,2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

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

Oświadczam, że nie posiadam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłam/byłem stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

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

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), Opiekun prawny lub Pełnomocnik

.....syn/córka*
imię (imiona) i nazwisko imię ojca

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

nr PESEL.....nr NIP.....

miejscowość.....ulica.....nr domu.....nr lokalu.....
adres stałego zameldowania

nr kodu.....-poczta.....powiat.....

województwo.....nr tel./faxu (z nr kier.).....

ustanowiony Opiekunem*/Pełnomocnikiem*

* postanowieniem Sądu Rejonowego.....z dnia.....sygn. akt.....

* na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza.....

z dnia.....repet. nr.....

*
niepotrzebne skreślić

Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednika
2. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza specjalistę wg załącznika.
4. Zaświadczenie o dochodach Wnioskodawcy i osób zamieszkających wspólnie z Wnioskodawcą z ostatnich trzech miesięcy.
5. Aktualny odpis księgi wieczystej / akt notarialny sporządzony nie wcześniej niż 12 miesięcy przed złożeniem wniosku lub umowa najmu
6. Zgoda właściciela budynku lub lokalu mieszkalnego, jeżeli taka zgoda jest wymagana.
7. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier.
8. Inne.....
9.

Adnotacje przyjmującego wniosku

I. Opinia merytoryczna

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(data i podpis)

Opinia komisji

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(data i podpis)

Decyzja o przyznaniu dofinansowania

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(data i podpis)

.....
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko

Zamieszkała/y

Wymaga likwidacji barier architektonicznych ze względu na (rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących w języku polskim)

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

UZASADNIENIE

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

.....
(pieczęć lekarza)

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz.U.96, poz. 861 oraz z roku 2003 Dz.U. Nr 100, poz. 930)

„ O dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych ze środków Funduszu mogą się ubiegać osoby niepełnosprawne, **które mają trudności w poruszaniu się**..jeżeli ich realizacja umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem. „