|  |  |
| --- | --- |
| Pieczęć wpływu | **PCPR.N.** ………… . ……. ………. |
| **nr wniosku** |
|  |  |

**WNIOSEK**

**o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych**

**ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

**Część A: DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**

**I. Dane personalne osoby niepełnosprawnej**

|  |
| --- |
| Imię i nazwisko: |
| Adres: |
| Powiat: | Województwo: |
| Pesel: |
| Numer telefonu: |
| Nazwa banku i numer rachunku bankowego: |

**II. Stopień niepełnosprawności** (proszęuzupełnić wstawiając „x”)

**ORZECZENIE: czasowe do dnia** ……………………..….............; **stałe**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Znaczny** |  |
|  inwalidzi I grupy |  |
|  osoby całkowicie niezdolne do pracy i samodzielnej egzystencji  |  |
|  osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym (z prawem do zasiłku pielęgnacyjnego) |  |
|  osoby w wieku do lat 16 (z orzeczeniem o niepełnosprawności) |  |
| **2. Umiarkowany** |  |
|  inwalidzi II grupy |  |
|  osoby całkowicie niezdolne do pracy |  |
| **3. Lekki** |  |
|  inwalidzi III grupy |  |
|  osoby częściowo niezdolne do pracy |  |
|  osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym (bez prawa do zasiłku  pielęgnacyjnego) |  |

**III. Przyczyny/ rodzaje niepełnosprawności** (proszęuzupełnić wstawiając „x”)

|  |  |
| --- | --- |
| 1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim |  |
| 2. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się za pomocą przedmiotu ortopedycznego, podać  jakiego: |  |
| 3. inna dysfunkcja narządu ruchu |  |
| 4. dysfunkcja narządu wzroku |  |
| 5. inne schorzenia, podać jakie: |  |

**Część B: INFORMACJE O PRZEDMIOCIE WNIOSKU**

**I. Przedmiot dofinansowania**

|  |
| --- |
|  |
| **Przewidywany koszt ogólny:** kwota ……………….....……….....… zł |
| **Inne źródła finansowania**  |
| **Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON (do 95% kosztu ogólnego)**kwota: ………………………………… złkwota słownie: …………………………………………………………………………………………………........... zł |
| **Czy Wnioskodawca korzystał z dofinansowania ze środków PFRON w tym samym przedmiocie?** (proszęwypełnić wstawiając „x”) TAK – podać rok ....................................... NIE |

**II. Korzystanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych** (proszę uzupełnić)

|  |  |
| --- | --- |
| **Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym przez PCPR lub PFRON?** |  TAK NIE  |
| **Cel**(nazwa instytucji, programu i /lub zadania w ramach którego przyznana została pomoc) | **Przedmiot dofinansowania**(co zostało zakupione ze środków PFRON) | **Beneficjent**(imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON) | **Numer i data zawarcia umowy** | **Termin rozliczenia** | **Kwota przyznana** | **Kwota rozliczenia przez organ udzielający pomocy (w zł )** |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...………………………………...……………………………………………………………………………………………… | .........................................………………………….…………………………..……………………………………………………..…………………………..…………………………..…………………………..………………………….. | …………………………………………………………………………………………………………………….…………………………….…………………………….…………………………….…………………………….……………………………. | ……………….……………….……………….………………..………………..………………..………………..………………..……………….. | …………….…………….…………….……………..…………….…………….…………….…………….…………….. | ……………………………………………………………………………………………………………….……………….………………. | ………………..………………..………………...………………..……………….……………….………………...………………..……………….. |
|  **Razem uzyskane dofinansowanie:** |  |

|  |
| --- |
| **Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON? TAK NIE****Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PCPR? TAK NIE** **Jeżeli TAK, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:** ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**Uwaga!** za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął  |

**III. Sytuacja mieszkaniowa Wnioskodawcy**

|  |
| --- |
| **A) Wnioskodawca mieszkający** (\*proszę zaznaczyć właściwe): samotnie\*/ z rodziną\*/ z osobami niespokrewnionymi\* |
| **B) Opis budynku i mieszkania** (\*proszę zaznaczyć właściwe):1. Dom jednorodzinny \*/ wielorodzinny prywatny\* / blok komunalny\* / blok spółdzielczy\*
2. Budynek parterowy\*/ piętrowy\*, mieszkanie na ……………….. piętrze
3. Przybliżony wiek budynku …………………………………..
4. Opis mieszkania: liczba pokoi ……......, z kuchnią \*/ bez kuchni\*, z łazienką\* / bez łazienki\*, z WC\* / bez WC\*
5. Łazienka jest wyposażona w: wannę\* / brodzik\* / kabinę prysznicową\* / umywalkę\*;
6. W mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej\* / ciepłej\* / kanalizacja\* / centralne ogrzewanie\*, prąd\* / gaz\*
 |
| **C) Wykaz planowanych przedsięwzięć w celu likwidacji barier architektonicznych**Miejsce realizacji zadania: ....................................................................................................................................................Termin rozpoczęcia: ………………………………………………........................................................................…….....Przewidywany czas realizacji: ……………………………………….................…............................................................. |

**Część C: INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**

**I. Informacje dodatkowe** (proszęwypełnić oraz wstawić „x”)

|  |  |
| --- | --- |
| Pytanie/ zagadnienie | Informacje Wnioskodawcy |
| 1. Uzasadnienie wniosku
 |  |
| 1. Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności.
 | TAK 2 przyczyny niepełnosprawności  NIETAK 3 przyczyny niepełnosprawności  |
| 1. Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR)?
 |  TAK NIE |
| 1. Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dotyczące niepełnosprawności)?
 |   TAK (1 osoba) TAK (więcej niż jedna osoba) NIE |

**II. Inwestor zastępczy wybrany przez Wnioskodawcę**

|  |
| --- |
| Imię i nazwisko: |
| Adres: |
| Powiat: | Województwo: |
| Numer telefonu: |

**III. Dane przedstawiciela ustawowego opiekuna prawnego / pełnomocnika** (\*proszęwypełnić wstawiając „x”)

|  |  |
| --- | --- |
| 1. opiekun prawny\* |  |
| 2. pełnomocnik\* |  |
| Imię i nazwisko: | Pokrewieństwo: |
| Ulica: | Nr domu: |
| Miejscowość: | Kod pocztowy: |
| Powiat: | Województwo: |
| Pesel: |
| Seria i numer dowodu osobistego: | Wydany przez: |
| Nr telefonu:  |
| postanowienie Sądu rejonowego z dn. …………...…….............… sygn. akt/ ………………………………...............na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza …………………………………….................................z dn. ……………………………. repet nr ………………………………………………………................................. |

**Oświadczenie:**

1. Uprzedzony o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks Karny (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 2204) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku, zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.
2. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Funduszu, oraz nie byłem stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie w ciągu 3 ostatnich lat.
3. Posiadam środki własne na sfinansowanie zadania w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON.
4. Oświadczam, że stale zamieszkuję w lokalu/ budynku mieszkalnym, w którym ma być przeprowadzona likwidacja barier architektonicznych.
5. Oświadczam, że zapoznałem się z katalogiem rzeczowym, wykazem urządzeń, materiałów budowlanych, prac modernizacyjnych, które mogą być objęte dofinansowaniem.
6. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.

|  |
| --- |
| …………………………………………………………….... **Czytelny podpis Wnioskodawcy** / przedstawiciela ustawowego /opiekuna prawnego / pełnomocnika |

**IV. Załączniki wymagane do wniosku** (uzupełnienia wpisując „x” dokonuje pracownik PCPR)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa załącznika** | **WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE PCPR***(należy zaznaczyć właściwe)* |
|  | Dołączono do wniosku | Uzupełniono | Data uzupełnienia/uwagi |
| **1.** | Aktualne zaświadczenie lekarskie lekarza specjalisty (ważne 90 dni od daty wystawienia) |  |  |  |
| **2.** | Oświadczenie właściciela / współwłaściciela budynku (mieszkania) wyrażające zgodę na likwidację barier architektonicznych |  |  |  |
| **3.** | Wstępny kosztorys (a w przypadku, mebli kuchennych, wind, platform schodowych, schodołazów itp. wymagane są 2 oferty cenowe od niezależnych sprzedawców/wykonawców) |  |  |  |
| **4.** | Oświadczenie o dochodach w gospodarstwie domowym |  |  |  |
| **5.** | Kserokopia orzeczenia, o którym mowa w art.1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011r. Nr 127, poz. 721 ze zm.) lub orzeczenie równoważne; oryginał do wglądu |  |  |  |
| **6.** | Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą w przypadku takich osób; oryginał do wglądu |  |  |  |
| **7.** | Kserokopia aktu notarialnego/umowy najmu; oryginał do wglądu |  |  |  |
| **8.** | Kserokopia pełnomocnictwa lub postanowienia sądu, jeżeli ustanowiony jest pełnomocnik lub opiekun prawny; oryginał do wglądu |  |  |   |
| **9.** | Inne: |  |  |   |
| **10.** | Inne:  |  |  |  |

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

 Data i podpis merytorycznego pracownika PCPR,

 stwierdzającego kompletność złożonego wniosku