

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 (proszę uzupełnić 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 (proszę uzupełnić 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: | |

IV. Sytuacja zawodowa (proszę uzupełnić wstawiając „x”)

| | |
|--|--|
| 1. zatrudniony*/ prowadzący działalność gospodarczą* | |
| 2. młodzież od 18 do 24 lat 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 18 roku życia | |

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: zł kwota słownie: zł |
| Czy Wnioskodawca korzystał z dofinansowania ze środków PFRON w tym samym przedmiocie? (proszę wypełnić wstawiając „x”) <input type="checkbox"/> TAK – podać rok <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | | |
|---|---|--|-----------------------------|---|-----------------|---|
| 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) |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| dofinansowanie: | | | | Razem uzyskane | | |

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 (proszę wypełnić oraz wstawić „x”)

| Pytanie/ zagadnienie | Informacje Wnioskodawcy |
|---|---|
| 1) Uzasadnienie wniosku | |
| 2) 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. | <input type="checkbox"/> TAK 2 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK 3 przyczyny niepełnosprawności |
| 3) 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)? | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| 4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dotyczące niepełnosprawności)? | <input type="checkbox"/> TAK (1 osoba) <input type="checkbox"/> TAK (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> NIE |

II. Inwestor zastępczy wybrany przez Wnioskodawcę

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

III. Dane przedstawiciela ustawowego opiekuna prawnego / pełnomocnika (*proszę wypełnić 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 17 grudnia 2021r. – Kodeks Karny (Dz. U. z 2021 r., poz. 2345) 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**

* niepotrzebne skreślić

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) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. | Oświadczenie właściciela / współwłaściciela budynku (mieszkania) wyrażające zgodę na likwidację barier architektonicznych | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. | Wstępny kosztorys (a w przypadku, mebli kuchennych, wind, platform schodowych, schodołazów itp. wymagane są 2 oferty cenowe od niezależnych sprzedawców/wykonawców) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. | Oświadczenie o dochodach w gospodarstwie domowym | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. | Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą w przypadku takich osób; oryginał do wglądu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7. | Kserokopia aktu notarialnego/umowy najmu; oryginał do wglądu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8. | Kserokopia pełnomocnictwa lub postanowienia sądu, jeżeli ustanowiony jest pełnomocnik lub opiekun prawny; oryginał do wglądu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9. | Inne: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10. | Inne: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

.....
Data i podpis merytorycznego pracownika PCPR,
stwierdzającego kompletność złożonego wniosku