



W N I O S E K

o dofinansowanie ze środków PFRON **likwidacji barier architektonicznych** w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

I. DANE OSOBOWE WNIOSKODAWCY

<u>DANE WNIOSKODAWCY</u> (DZIECKA/PODOPIECZNEGO)- właściwe podkreślić	
IMIĘ.....	NAZWISKO
DATA URODZENIA.....	PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
MIEJSCOWOŚĆ.....	KOD POCZTOWY <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
ULICA	NR DOMU.....NR MIESZKANIA.....
DOWÓD OSOBISTY SERIA.....nr.....	WYDANY W DNIU.....PRZEZ.....
..... TELEFON.....	

<u>DANE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO/PEŁNOMOCNIKA</u> właściwie podkreślić	
IMIĘ.....	NAZWISKO.....
DATA URODZENIA.....	PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
MIEJSCOWOŚĆ.....	KOD POCZTOWY <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
ULICA	NR DOMU.....NR MIESZKANIA.....
DOWÓD OSOBISTY SERIA.....nr.....	WYDANY W DNIU.....PRZEZ.....
..... TELEFON.....	

1. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik (proszę wstawić X we właściwej rubryce)

Znaczny	
I grupa inwalidzka	
Osoba całkowicie niezdolna do pracy i do samodzielnej egzystencji	
Osoba stale albo długotrwale niezdolna do pracy w gospodarstwie rolnym, której przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
Umiarkowany	
II grupa inwalidzka	
Osoba całkowicie niezdolna do pracy	
Lekki	
Osoby częściowo niezdolne do pracy	
Osoby stale i długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	
Inwalidzi III grupy	
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności	
Orzeczenie ważne do:	

2. Rodzaj niepełnosprawności (proszę wstawić X we właściwej rubryce)

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządu słuchu	
5. dysfunkcja narządu mowy	
6. upośledzenie umysłowe	
7. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
8. inny/jaki?	

3. Sytuacja zawodowa

1. Zatrudniony*/prowadzący działalność gospodarczą*	
2. Osoba w wieku od 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. Osoby utrzymujące się z zasiłków z pomocy społecznej	
6. Dzieci, młodzież do lat 18	

* niepotrzebne skreślić

4. Średni dochód miesięczny na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy

Średni miesięczny dochód netto w gospodarstwie domowym		
Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym		
	w tym liczba osób niepełnosprawnych	
Średni dochód miesięczny netto na osobę		

5. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON

korzystałem/łam: TAK NIE

Lp.	Numer umowy (jeśli dotyczy)	Cel umowy	Data przyznanego dofinansowania	Kwota przyznanego dofinansowania	Stan rozliczenia

6. Przedmiot dofinansowania należy podać nazwę urządzenia (ewentualny montaż), rodzaj usługi

.....

.....

.....

7. Miejsce likwidacji barier

.....

.....

.....

8. Cel, na który zostanie przekazane dofinansowanie (wykaz planowanych przedsięwzięć oraz przewidywany koszt):

- 1.....zł
- 2.....zł
- 3.....zł
- 4.....zł
- 5.....zł

9. Uzasadnienie wniosku

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

10. Termin realizacji zadania

.....

11. Przewidywany koszt realizacji zadania:

Kwota:zł

(słownie:złotych)

12. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania (do końca miesiąca poprzedzając miesiąc, w którym składany jest wniosek):

Kwota:zł (słownie:złotych)

13. Źródła dotychczasowego finansowania zadania

.....
.....

14. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania:

Kwota:zł

(słownie:złotych)

Wysokość dofinansowania wynosi do 95% kosztów przedsięwzięcia, nie więcej jednak niż do wysokości piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia.

Proszę o przekazanie dofinansowania na:

Nr konta.....

(nazwa banku i numer konta bankowego)

konto wskazane w fakturze

II. Informacje końcowe

1. Oświadczam, że w ciągu **ostatnich 3 lat korzystałem(am)/ nie korzystałem(am)*** ze środków PFRON na realizację zadania z zakresu likwidacji barier architektonicznych.
2. Zobowiązuję się do **zapłacenia z własnych środków** pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem*/ kosztem usługi*, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł, a przyznaną ze środków PFRON kwotą dofinansowania.
3. Oświadczam, że **posiadam*/ nie posiadam*** środki finansowe z innych źródeł na dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych.

Lp.	Źródło finansowania	Cel dofinansowania	Kwota	Dokument potwierdzający
1				
2				
3				
4				

*niepotrzebne skreślić

4. Oświadczam, iż przed złożeniem wniosku zapoznałem(am) się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych, która dostępna jest w siedzibie PCPR w Wodzisławiu Śląskim oraz na stronie www.pcpr-wodzislaw.pl, a Administratorem danych osobowych jest Dyrektor, reprezentujący Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wodzisławiu Śląskim.
5. Pouczony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r.-Kodeks Karny (Dz. U. z 2018, poz. 1600) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
6. Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Dyrektora PCPR o wszelkich zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku, mających wpływ na sposób jego rozpatrzenia.

.....
podpis wnioskodawcy/przedstawiciela

I ETAP

Wymagane załączniki do wniosku:

Załączniki:	Załączono tak/nie
1. Kopia orzeczenia potwierdzającego niepełnosprawność (oryginał do wglądu).	
2. Oryginały orzeczeń o niepełnosprawności innych osób zamieszkujących wspólnie z Wnioskodawcą - do wglądu.	
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, wystawione czytelnie i w języku polskim przez lekarza specjalistę zawierające informację o rodzaju posiadanych schorzeń utrudniających poruszanie się - zgodnie z załącznikiem.	
4. Aktualne dokumenty potwierdzające prawo własności lub wieczystego użytkowania nieruchomości (np. odpis z Księgi Wieczystej). W przypadku, gdy wskazany tam właściciel/współwłaściciel nie żyje, konieczne jest potwierdzenie stwierdzenia nabycia spadku albo poświadczenie dziedziczenia.	
5. W przypadku mieszkania spółdzielczego lub komunalnego bez względu na formę własności zgoda właściciela budynku na wykonanie robót we wnioskowanym zakresie (np. Spółdzielni Mieszkaniowej, Wspólnoty Mieszkaniowej).	
6. W przypadku najmu – kserokopia umowy najmu (oryginał do wglądu).	
7. Pisemna zgoda właścicieli/współwłaścicieli budynku na wykonanie robót we wnioskowanym zakresie.	
8. Szkic pomieszczeń, których dotyczy likwidacja barier architektonicznych (z podaniem ich wymiarów, obecnego i projektowanego układu funkcjonalnego).	
9. Kopia pełnomocnictwa lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego w przypadku gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego (oryginał do wglądu).	
10. Pisemna informacja o innych źródłach dofinansowania zadania (np. oświadczenie sponsora).	
11. Inne dokumenty (jakie).	

II ETAP

1. Kosztorys inwestorski szczegółowy, tj. jeden kompletny kosztorys na cały zakres robót, które zostaną wykonane przez jednego inwestora zastępczego.	
2. Pozwolenie na budowę/przebudowę (jeśli dotyczy).	
3. Przyjęcie pełnomocnictwa inwestora zastępczego.	

.....
(stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki zawodowej)

....., dnia.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb PCPR
(prosimy wypełnić czytelnie)

Imię i Nazwisko pacjenta.....

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....
.....

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną, powodującą trudności w poruszaniu:

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

3. Używane zaopatrzenia ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny:

.....
.....

4. Niepełnosprawność ruchu pacjenta dotyczy (zakreślić właściwe):

- brak kończyn górnych
- brak kończyn dolnych
- znacznego niedowładów kończyn górnych
- umiarkowanego niedowładów kończyn górnych
- znacznego niedowładów kończyn dolnych
- umiarkowanego niedowładów kończyn dolnych
- jednoczesnej dysfunkcji kończyn dolnych i górnych w stopniu:.....
- jednoczesnej dysfunkcji co najmniej jednej kończyny górnej o kończyn dolnych
- jednoczesnej kończyny dolnej i kończyny górnej w stopniu:
- układowej choroby tkanki łącznej, w stopniu:
 - lekkim
 - umiarkowanym
 - znacznym

- zapalenia stawów z towarzyszącym zapaleniem stawów kręgosłupa, w stopniu:
 - lekkim
 - umiarkowanym
 - znacznym
- choroby zwyrodnieniowej stawów, w stopniu:
 - lekkim
 - umiarkowanym
 - znacznym
- choroby kości i chrząstek z upośledzeniem wydolności czynnościowej, w stopniu:
 - lekkim
 - umiarkowanym
 - znacznym
- nowotworów narządu ruchu, w stopniu:
 - lekkim
 - umiarkowanym
 - znacznym
- choroby narządu wzroku, powodujące ograniczenie jego sprawności, prowadzące do obniżenia ostrości wzroku w stopniu:
- inne:.....

.....
(pieczętka i podpis lekarza specjalisty)

! Zaświadczenie wydaje lekarz specjalista.
