**Data wpływu:**

**Nr sprawy:**

**WNIOSEK**

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji**

**Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych**

# Część A – DANE WNIOSKODAWCY

|  |  |
| --- | --- |
| **I. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY** | |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Imię:** |  |
| **Drugie imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **Imię ojca:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Płeć:** |  mężczyzna  kobieta |
| **Dowód osobisty – Seria (o ile dotyczy):** |  |
| **Dowód osobisty – Numer (o ile dotyczy):** |  |
| **Dowód osobisty – Wydany przez (o ile dotyczy):** |  |
| **Dowód osobisty – Data wydania (o ile dotyczy):** |  |
|  | **ADRES ZAMIESZKANIA** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Rodzaj miejscowości:** | * miasto * wieś |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |

**II. DANE PODOPIECZNEGO**

* Nie dotyczy

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa pola** |  | **Wartość** |
| **Imię:** |  |  |
| **Drugie imię:** |  |  |
| **Nazwisko:** |  |  |
| **Imię ojca:** |  |  |
| **PESEL:** |  |  |
| **Data urodzenia:** |  |  |
| **Płeć:** |  mężczyzna  kobieta |  |
| **Dowód osobisty – Seria dowodu:** |  |  |
| **Dowód osobisty – Numer dowodu:** |  |  |
| **Dowód osobisty – Wydany przez:** |  |  |
| **Dowód osobisty – Data wydania:** |  |  |
|  | **ADRES ZAMIESZKANIA** | |
| **Nazwa pola** | **Wartość** | |
| **Miejscowość:** |  | |
| **Ulica:** |  | |
| **Nr domu:** |  | |
| **Nr lokalu:** |  | |
| **Kod pocztowy:** |  | |
| **Poczta:** |  | |
| **Nr telefonu:** |  | |
| **Adres e-mail:** |  | |

**OPIEKUN USTANOWIONY/USTANOWIONA**

* Przedstawicielem ustawowym Opiekunem prawnym:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Postanowieniem Sądu Rejonowego:** |  |
| **Z dnia:** |  |
| **Sygnatura akt:** |  |

* Pełnomocnikiem, na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Imię i nazwisko:** |  |
| **Z dnia:** |  |
| **Repetytorium nr:** |  |
| **III.** | **STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Stopień niepełnosprawności:** | * Znaczny * Umiarkowany * Lekki * Nie dotyczy |
| **Grupa inwalidzka:** | * I grupa * II grupa * III grupa * nie dotyczy |
| **Niezdolność:** | * Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji * Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny * Osoby całkowicie niezdolne do pracy * Osoby częściowo niezdolne do pracy * Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym * Nie dotyczy |
| **Osoby w wieku do 16 lat posiadające orzeczenie o niepełnosprawności:** | * Tak * Nie dotyczy |

## IV. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

* Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
* Inna dysfunkcja narządu ruchu
* Dysfunkcja narządu wzroku
* Dysfunkcja narządu słuchu i mowy
* Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)  Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia  Inny / jaki?

## V. SYTUACJA ZAWODOWA

* Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
* Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
* Bezrobotny poszukujący pracy
* Rencista poszukujący pracy
* Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy Dzieci i młodzież do lat 18  Inne / jakie?

**VI. SYTUACJA MIESZKANIOWA – ZAMIESZKUJE**

* samotnie z rodziną
* z osobami niespokrewnionymi

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **VII. OSOBY POZOSTAJĄCE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM**  **Z WNIOSKODAWCĄ ORAZ OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI ICH DOCHODÓW**  **NETTO** | | | | |
| Przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych, pomniejszony o obciążenie podatkiem dochodowym osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał (trzy miesiące) poprzedzające miesiąc, w którym składany jest wniosek (netto). | | | | |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Stopień pokrewieństwa** | **Stopień niepełnosprawności** | **Dochód miesięczny netto** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**VIII. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON**

**Na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych ze środków finansowych PFRON:**

* nie korzystałem
* korzystałem

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **IX. CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON** | | | | |
| **Cel dofinansowania** | **Nr umowy** | **Data zawarcia umowy** | **Kwota dofinansowania** | **Stan rozliczenia** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

# Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

|  |  |
| --- | --- |
| **I. PRZEDMIOT WNIOSKU** | |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:** |  |
| **Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):** |  |
| Słownie: |  |
| **Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:** |  |
| Słownie: |  |
| **co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:** |  |
| **Deklarowane środki własne:** |  |
| **Inne źródła finansowania:** |  |

## II. UZASADNIENIE

|  |  |
| --- | --- |
| **III. SYTUACJA MIESZKANIOWA – OPIS BUDYNKU I MIESZKANIA** | |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Budynek:** | * dom jednorodzinny, * wielorodzinny prywatny, * wielorodzinny komunalny, * wielorodzinny spółdzielczy |
| **Ilość pięter:** | * budynek parterowy, * piętrowy, * mieszkanie na piętrze(którym?): |
| **Przybliżony wiek budynku lub rok budowy:** |  |
| **Liczba pokoi:** | * + kuchnia, * + łazienka, * + wc |
| **Łazienka jest wyposażona w:** | * wannę, * brodzik, * kabinę prysznicową, * umywalkę |
| **W mieszkaniu jest:** | * instalacja wody zimnej, * ciepłej, * kanalizacja, * centralne ogrzewanie, * prąd, * gaz |
| **Inne informacje o warunkach mieszkaniowych:** |  |
| **IV. WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW)**  **W CELU LIKWIDACJI BARIER** | |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:** |  |
| **Miejsce realizacji zadania:** |  |
| **Termin rozpoczęcia:** |  |
| **Przewidywany czas realizacji:** |  |
| **V. OPIS PONIESIONYCH NAKŁADÓW** | |
| 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 | |

# Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE RACHUNKU BANKOWEGO** | |
| na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku | |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Właściciel konta ( imię, nazwisko i adres zamieszkania )** |  |
| **Numer rachunku bankowego:** |  |
| **Nazwa banku:** |  |

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił: **……………** zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: **…....**.

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

**Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Miejscowość* | *Data* | *Podpis Wnioskodawcy* |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU** |
| **Lp.** | **Plik** |
| **1.** | **Kopia orzeczenia o niepełnosprawności wnioskodawcy oraz osób zamieszkujących wspólnie** |
| **2.** | **Aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności(o trudnościach w poruszaniu się)** |
| **3.** | **Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu (własność, umowa najmu), poświadczenie zameldowania** |
| **4.** | **Zgoda właściciela lokalu na dokonanie zmian** |
| **5.** | **Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia ( załącznik nr 1 )** |
| **6.** | **Szkic pomieszczenia (załącznik nr 2 )** |