

Numer rejestru .....

Data wpływ .....  
(wypełnia PCPR)

**WNIOSEK**  
**OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW**  
**PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**  
**LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH W MIEJSCU ZAMIESZKANIA**  
**OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

**DANE WNIOSKODAWCY**

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Data urodzenia ..... PESEL .....

Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany w dniu .....

przez ..... Numer telefonu .....

Nazwa banku i numer rachunku bankowego .....

.....

**POSIADANE ORZECZENIE** (właściwe zaznaczyć)

- a) o stopniu niepełnosprawności     znacznym                       umiarkowanym                       lekkim
- b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów     I                       II                       III
- c)  o całkowitej     o częściowej niezdolności do pracy
- o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym     o niezdolności do samodzielnej egzystencji
- d)  o niepełnosprawności osoby do 16-go roku życia

**PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY (dla małoletniego Wnioskodawcy), OPIEKUN PRAWNY LUB PEŁNOMOCNIK**

Imię i nazwisko .....syn/córka.....

Adres zamieszkania .....

Data urodzenia ..... PESEL .....

Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany w dniu .....

przez ..... Numer telefonu .....

Ustanowiony Opiekunem / Pełnomocnikiem .....

- postanowieniem Sądu Rejonowego .....

z dnia ..... sygn. akt .....

- na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza .....

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

Nazwa banku i numer rachunku bankowego .....

.....

**Przedmiot dofinansowania** (rodzaj sprzętu, usługi, urządzenia).....

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....
8. ....
9. ....
10. ....

**Miejsce i cel realizacji zadania** *(należy uzasadnić, że realizacja wniosku zlikwiduje utrudnienia występujące w budynku i w jego najbliższej okolicy, które z uwagi na rozwiązania techniczne, konstrukcyjne lub warunki użytkowania uniemożliwiają lub utrudniają swobodę ruchu osobom niepełnosprawnym):*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Przewidywany koszt realizacji zadania** .....

**Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania** (maksymalnie 95%) .....

**Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania** .....

**Nakłady dotychczas poniesione** przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek .....

**Dotychczasowe źródła dofinansowania** .....

**INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON**

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON			Tak(1) <input type="checkbox"/>	Nie(1) <input type="checkbox"/>
Numer i data zawarcia umowy	Kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:  tak  nie

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania .....

### **OŚWIADCZENIA**

**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 .....

**Oświadczam, że** w ciągu trzech lat od daty złożenia niniejszego wniosku byłam(em) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:

tak  nie (zaznaczyć właściwe)

**Oświadczam, że** zostałam/em poinformowana/ny, iż dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania, poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

**Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku podane zostały zgodnie z prawdą.**

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 i Nr 153, poz. 1271 z późn. zm).**

.....  
miejsowość, data

.....  
Czytelny podpis Wnioskodawcy lub osoby  
uprawnionej

### **Wymagane załączniki:**

1. Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub innego orzeczenia równoważnego (oryginał do wglądu),
2. Zaświadczenie od lekarza specjalisty stwierdzające rodzaj niepełnosprawności, jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu – (ważne 1 miesiąc od daty wystawienia),
3. Kserokopia dowodu osobistego Wnioskodawcy,
4. W przypadku reprezentowania osoby niepełnoletniej – kserokopia dowodu osobistego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego oraz kserokopia dokumentu potwierdzający prawo do reprezentowania osoby niepełnoletniej (np. skrócony akt urodzenia dziecka, postanowienie Sądu o ustanowieniu opieki prawnej),
5. W przypadku reprezentowania osoby dorosłej – kserokopia dowodu osobistego opiekuna lub pełnomocnika oraz kserokopia postanowienia Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego lub kserokopia pełnomocnictwa notarialnego,
6. Kserokopia tytułu prawnego do lokalu,
7. Informacja o innych źródłach dofinansowania (poza udziałem własnym Wnioskodawcy),
8. Zgoda właściciela lokalu na przeprowadzenie likwidacji barier,
9. Informacja dodatkowa do wniosku.