

Data wpływu wniosku
(wypełnia PCPR)

**WNIOSEK
OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW
PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
LIKWIDACJI BARIER TECHNICZNYCH**

DANE WNIOSKODAWCY

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Data urodzenia PESEL

Dowód osobisty seria numer wydany w dniu
przez ważny do

Numer telefonu

Nazwa banku i numer rachunku bankowego

.....

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

Imię i nazwiskosyn/córka.....

Adres zamieszkania

Data urodzenia PESEL

Dowód osobisty seria numer wydany w dniu
przez ważny do

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

.....

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> znaczny stopień	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest <input type="checkbox"/> okresowo do dnia..... <input type="checkbox"/> bezterminowo		

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<input type="checkbox"/> NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie:			
<input type="checkbox"/> obu kończyn górnych	<input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej		
<input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych	<input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej	<input type="checkbox"/> innym	
<input type="checkbox"/> konieczność poruszania się na wózku inwalidzkim			
<input type="checkbox"/> brak lub amputacja dłoni lub rąk	<input type="checkbox"/> brak lub amputacja nóg		
<input type="checkbox"/> NARZĄD WZROKU 04-O	<input type="checkbox"/> osoba niewidoma	<input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma	
<input type="checkbox"/> NARZĄD SŁUCHU 03-L	<input type="checkbox"/> osoba głuchoniema		
INNE przyczyny niepełnosprawności wynikające z orzeczenia- proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol:			
<input type="checkbox"/> 01- U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 04- O choroby narządu wzroku	<input type="checkbox"/> 07- S choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 10- N choroby neurologiczne
<input type="checkbox"/> 02- P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 05- R choroby narządu ruchu	<input type="checkbox"/> 08- T choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 11- I inne
<input type="checkbox"/> 03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	<input type="checkbox"/> 06- E epilepsja	<input type="checkbox"/> 09- M choroby układu moczowo- płciowego	<input type="checkbox"/> 12- C całościowe zaburzenia rozwojowe

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

(w przypadku zaznaczenia jednej z poniższych pozycji, wymagane jest zaświadczenie)

<input type="checkbox"/> niezatrudniona/y: <input type="checkbox"/> bezrobotna/y <input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy	
<input type="checkbox"/> zatrudniony: <input type="checkbox"/> od dnia..... do dnia <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki:.....	
Nazwa pracodawcy: Adres miejsca pracy:	
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza nr NIP.....	<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr..... dokonanego w urzędzie..... <input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:.....
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza	Miejsce prowadzenia działalności.....

OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ

(w przypadku pobierania nauki, wymagane jest zaświadczenie wystawione przez placówkę szkołę lub uczelnię)

Wnioskodawca pobiera naukę tak nie

Nazwa i adres szkoły do której uczęszcza Wnioskodawca.....

.....

.....

WNIOSKODAWCA ZAMIESZKUJE

Wnioskodawca zamieszkuje samotnie z innymi osobami

Wnioskodawca zamieszkuje z innymi osobami niepełnosprawnymi (do wniosku należy załączyć orzeczenia o niepełnosprawności tych osób)

tak nie

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):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INFORMACJE DOTYCZĄCE KOSZTÓW I CZASU REALIZACJI ZADANIA

Przewidywany koszt realizacji zadania

Termin rozpoczęcia realizacji zadania.....

Przewidywany czas realizacji zadania

Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek.....

Dotychczasowe źródła finansowania

Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania (do 95% kosztów przedsięwzięcia).....

Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania

INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON

Tak

Nie

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.....

Wnioskodawca korzystał z dofinansowania do likwidacji barier

Tak

Nie

architektonicznych

technicznych

w komunikowaniu się

Dofinansowanie przyznano w roku.....

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

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 2016 r. poz. 922).

.....
miejsowość, data

.....
Czytelny podpis Wnioskodawcy lub osoby
uprawnionej

Wymagane załączniki		WYPEŁNIA PCPR		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia/uwagi
1.	Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub innego orzeczenia równoważnego (oryginał do wglądu), dowód osobisty osoby niepełnosprawnej do wglądu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę stwierdzające rodzaj niepełnosprawności, jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu oraz zawierające informacje o obecnym stanie zdrowia (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Zaświadczenie dotyczące aktywności zawodowej Wnioskodawcy 1. potwierdzające rejestrację wnioskodawcy jako osoby bezrobotnej poszukującej pracy z Powiatowego Urzędu Pracy, 2. potwierdzające zatrudnienie (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do wniosku), 3. potwierdzające prowadzenie działalności gospodarczej.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Zaświadczenie potwierdzające pobieranie nauki przez Wnioskodawcę lub uczęszczanie do placówki (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do wniosku).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	W przypadku reprezentowania osoby niepełnoletniej – dowód osobisty przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego do wglądu oraz kopia dokumentu potwierdzającego prawo do reprezentowania osoby niepełnoletniej (np. skrócony akt urodzenia dziecka, postanowienie Sądu o ustanowieniu opieki prawnej).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	W przypadku reprezentowania osoby dorosłej – dowód osobisty opiekuna lub pełnomocnika do wglądu oraz kserokopia postanowienia Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego lub kserokopia pełnomocnictwa notarialnego.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Kserokopia tytułu prawnego do lokalu, w którym ma zostać wykonany wnioskowany zakres prac związany likwidacją barier (w koniecznych przypadkach).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Zgoda właściciela lokalu na wykonanie wnioskowanego zakresu prac związanych z likwidacją barier (w koniecznych przypadkach).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Zgoda właściciela budynku na wykonanie wnioskowanego zakresu prac związanych z likwidacją barier (w koniecznych przypadkach).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Kosztorys lub oferta cenowa dotycząca przedmiotu dofinansowania, wystawione przez sprzedawcę/ usługodawcę.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Dokumentacja potwierdzająca inne źródła finansowania.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	