

Data wpływu wniosku
(wypełnia PCPR)

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

DANE WNIOSKODAWCY

(osoba niepełnosprawna, opiekun prawny, rodzic dziecka niepełnosprawnego)

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

DANE PODOPIECZNEGO

Imię i nazwisko
Adres zamieszkania
Data urodzenia PESEL

DANE OSOBY REPREZENTUJĄCEJ WNIOSKODAWCĘ (pełnomocnik)

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
<input type="checkbox"/> ustanowiony pełnomocnikiem:
• na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza
z dnia repet. nr

WNOSKODAWCA JEST: osobą niepełnosprawną przedstawicielem ustawowym opiekunem prawnym ustanowionym:

- postanowieniem Sądu Rejonowego
- z dnia sygn. akt

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji znaczny stopień I grupa inwalidzka całkowita niezdolność do pracy umiarkowany stopień II grupa inwalidzka częściowa niezdolność do pracy lekki stopień III grupa inwalidzkaOrzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest okresowo do dnia..... bezterminowo**RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** **NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie:** obu kończyn górnych jednej kończyny górnej obu kończyn dolnych jednej kończyny dolnej innym konieczność poruszania się na wózku inwalidzkim brak lub amputacja dłoni lub rąk brak lub amputacja nóg **NARZĄD WZROKU 04-O** osoba niewidoma osoba głuchoniewidoma **NARZĄD SŁUCHU 03-L** osoba głuchoniema**INNE** przyczyny niepełnosprawności wynikające z orzeczenia- proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol: 01- **U** upośledzenie umysłowe 04-**O** choroby narządu wzroku 07- **S** choroby układu oddechowego i krążenia 10- **N** choroby neurologiczne 02- **P** choroby psychiczne 05- **R** choroby narządu ruchu 08- **T** choroby układu pokarmowego 11- **I** inne 03- **L** zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu 06- **E** epilepsja 09- **M** choroby układu moczowo- płciowego 12- **C** całościowe zaburzenia rozwojowe**WNOSKODAWCA 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 <input type="checkbox"/>	Nie <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.....

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 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.

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku podane zostały zgodnie z prawdą.

.....
miejsce, data

.....
Czytelny podpis Wnioskodawcy lub osoby
uprawnionej

Wymagane załączniki		WYPEŁNIA PCPR		
		Dolączy no 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, stwierdzające rodzaj niepełnosprawności oraz zawierające informacje o obecnym stanie zdrowia (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	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"/>	
4.	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"/>	
5.	Kserokopia tytułu prawnego do lokalu, w którym ma zostać wykonany wnioskowany zakres prac związany likwidacją barier.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Zgoda właściciela lokalu na wykonanie wnioskowanego zakresu prac związanych z likwidacją barier (w koniecznych przypadkach).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Zgoda właściciela budynku na wykonanie wnioskowanego zakresu prac związanych z likwidacją barier (w koniecznych przypadkach).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Oferta cenowa dotycząca przedmiotu dofinansowania wystawiona przez sprzedawcę/ usługodawcę (tylko w przypadku zakupu samych urządzeń).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Dokumentacja potwierdzająca inne źródła finansowania.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	