

Nr rejestru.....Data wpływu .....

**WNIOSEK**

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

1) Imię i nazwisko Wnioskodawcy .....

NIP..... PESEL .....

telefon .....

Adres zamieszkania .....

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

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

6.....

7.....

8.....

9.....

10.....

2). Nazwa banku i numer rachunku bankowego.....

.....

3). 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*):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- 4). Przewidywany koszt realizacji zadania.....
- 5). Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ( maksymalnie 80 % ).....
- 6). Termin realizacji zadania.....
- 7). Nakłady dotychczas poniesione przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek.....
- 8). Dotychczasowe źródła dofinansowania.....
- 9). Przedstawiciel ustawowy ( dla małoletniego Wnioskodawcy), Opiekun prawny lub Pełnomocnik  
 Imię i nazwisko.....  
 dowód osobisty seria..... nr .....wydany przez .....  
 nr PESEL.....nr NIP.....  
 adres zamieszkania ..... telefon.....  
 ustanowiony Opiekunem/Pełnomocnikiem.....  
 postanowieniem Sądu Rejonowego..... z dnia ..... syg.akt.....  
 na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza .....  
 na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza .....  
 z dnia.....repet. nr .....

### Informacja o korzystaniu ze środków PFRON

| Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON |       |     | Tak(l)             | Nie(l)           |
|---|-------|-----|--------------------|------------------|
| Nr i data zawarcia umowy                    | Kwota | Cel | Termin rozliczenia | Stan rozliczenia |
|   |       |     |                    |                  |
|   |       |     |                    |                  |
|   |       |     |                    |                  |

miejsowość, data

podpis Wnioskodawcy lub  
osoby uprawnionej

Wymagane załączniki:

1. Zaświadczenie od lekarza specjalisty stwierdzające rodzaj niepełnosprawności ( ważne 1 miesiąc od daty wystawienia), jeżeli nie jest określony w orzeczeniu.
2. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub inne równoważne orzeczenie.
3. Oświadczenie o dochodach Wnioskodawcy i osób wspólnie zamieszkujących.
4. Tytuł prawny do lokalu.
5. Potwierdzenie zameldowania..
6. Zgoda właściciela lokalu na przeprowadzenie likwidacji barier.
7. Zgłoszenie robot budowlanych, które nie wymagają pozwolenia na budowę w Wydziale Architektury i Budownictwa Starostwa Powiatowego w Policach..

### Oświadczenie

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

podpis Wnioskodawcy lub osoby uprawnionej

1) właściwe zakreślić