

Nr kolejny wniosku .....

## W N I O S E K

### **o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.**

Dane dotyczące Wnioskodawcy / proszę wypełnić drukowanymi literami/

..... syn /córka .....  
imię (imiona) i nazwisko

ur. .... seria..... nr .....wydany w dniu .....

przez ..... PESEL ..... nr NIP .....zamieszkały  
dowód osobisty

(miejscowość) ..... ulica ..... nr domu .....nr lokalu ....  
nr kodu ....- ..... poczta ..... powiat .....

województwo ..... nr tel./faksu ( z nr kier.) .....

#### **Stopień niepełnosprawności \***

1. znaczny	
<input type="checkbox"/> inwalidzi I grupy	
<input type="checkbox"/> osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
<input type="checkbox"/> osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
<input type="checkbox"/> osoby w wieku do lat 16 z orzeczoną niepełnosprawnością	
2. umiarkowany	
<input type="checkbox"/> inwalidzi II-ej grupy	
<input type="checkbox"/> osoby całkowicie niezdolne do pracy	
3. lekki	
<input type="checkbox"/> pozostali inwalidzi III –ej grupy	
<input type="checkbox"/> osoby częściowo niezdolne do pracy	
<input type="checkbox"/> osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

#### **Rodzaj niepełnosprawności \***

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim : wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządu słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

**Sytuacja zawodowa \***

1. zatrudniony / prowadzący działalność gospodarczą	
2. osoba w wieku od lat 18 do 24 , ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca	
3. bezrobotny poszukujący pracy / rencista poszukujący pracy	
4. rencista / emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy	
5. dzieci i młodzież do lat 18	

**Sytuacja mieszkaniowa – warunki mieszkaniowe \***

1. złe	
2. przeciętne	
3. dobre	
4. bardzo dobre	

Opis budynku i mieszkania :

1. dom jednorodzinny, wielorodzinny prywatny, wielorodzinny komunalny, wielorodzinny spółdzielczy ;
2. inne .....
3. budynek parterowy, piętrowy, mieszkanie na ..... (proszę podać kondygnację);
4. przybliżony wiek budynku lub rok budowy .....
5. opis mieszkania : pokoje ....(podać liczbę), z kuchnią, bez kuchni, z łazienką, bez łazienki, z wc, bez wc ;
6. łazienka jest wyposażona w : wannę, brodzik, kabinę prysznicową, umywalkę ;
7. w mieszkaniu jest : instalacja wody zimnej, ciepłej, kanalizacja, centralne ogrzewanie, prąd, gaz ;
8. inne informacje o warunkach mieszkaniowych .....

**Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje \***

1. samotnie	
2. z rodziną	
3. z osobami nie spokrewnionymi	

**Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą ( w tym osoby niepełnosprawne)**

Imię i nazwisko - pokrewieństwo	niepełnosprawność		dochód	
	stopień (oznaczenie cyfrowe z pierwszej tabelki)	rodzaj (oznaczenie cyfrowe z drugiej tabelki)	brutto zł	netto zł

Jednocześnie oświadczam, że liczba osób z którymi pozostaję we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi ....., a **przeciętny dochód miesięczny netto**, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi ..... zł (słownie: .....).

**Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

rok	cel - nazwa zadania	korzystałam / em i		Nie korzystałam/em *
		rozliczyłam/em się	nie rozliczy- łam/ em się	

**Deklarowany udział własny Wnioskodawcy**

– ponad obowiązkowe 20 procent (podać w %)	
--	--

**Cel likwidacji barier architektonicznych :**

.....  
 .....  
 .....  
 .....

**Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier i orientacyjny koszt ( w kolejności od najważniejszych dla Wnioskodawcy)**

.....	zł.
.....	zł.
.....	zł.
.....	zł.
.....	zł.

**razem :** .....

**Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania z** .....  
 (maksymalnie 80% wykazanych przedsięwzięć)

(słownie : .....) )

Inwestor zastępczy (inspektor nadzoru) wybrany przez Wnioskodawcę : .....

.....  
 ( nazwa i dokładny adres z numerem kodu oraz telefonu)

Wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych PFRON dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883).

Uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 k.k. oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

.....  
 (podpis Wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego,

opiekuna prawnego, pełnomocnika)

Przedstawiciel ustawy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik

..... syn/córka .....  
imię i nazwisko ..... imię ojca .....

seria ... nr ..... wydany w dniu ..... przez ..... nr NIP .....  
dowód osobisty

miejsowość ..... ulica ..... nr domu..... nr lokalu ....

nr kodu ..... - ..... poczta ..... powiat .....

województwo ..... nr telefonu/faksu .....

ustanowiony opiekunem / pełnomocnikiem ..... ( postanowieniem  
Sądu Rejonowego z dnia ..... sygn. akt /na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego  
przez Notariusza ..... z dnia ..... repet. nr .....).

**\* proszę wstawić X we właściwej rubryce**

---

Załączniki do wniosku :

1. Kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27.08.1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych /Dz. U. z 2008r., Nr 14, poz. 92 z późn. zm./ **oraz oryginał orzeczenia do wglądu**
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu.
4. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (własność, umowa najmu).
5. Zgoda właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego, w którym będą znoszone bariery na prace remontowo-budowlane, jeżeli taka zgoda jest wymagana.
6. Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.
7. Kosztorys inwestorski.
8. Szkic pomieszczeń (z obmiarowaniem), w których ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych – uwzględniając stan obecny.
9. Szkic pomieszczeń (z obmiarowaniem), w których ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych – uwzględniając stan po likwidacji barier architektonicznych.
10. Szczegółowy opis sytuacji życiowej wnioskodawcy.
- 11. Kserokopie dokumentów potwierdzających wysokość dochodu osoby niepełnosprawnej oraz osób pozostających z tą osobą we wspólnym gospodarstwie domowym.**
- 12. Kserokopia dowodu osobistego**
- 13. W przypadku ustanowienia opiekuna prawnego lub pełnomocnika należy dołączyć kserokopię dokumentów potwierdzających ten fakt.**

Maksymalna kwota dofinansowania do 80% kosztów przedsięwzięcia, nie więcej jednak niż 15 x przeciętne wynagrodzenie.

Likwidacja barier architektonicznych powinna umożliwić lub w znacznym stopniu ułatwić osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych codziennych czynności lub

kontaktów z otoczeniem, możliwość zwiększenia samodzielności i niezależności życiowej, poprawę warunków pracy i nauki, mieć wpływ na jakość społecznego funkcjonowania.

Warunkiem dofinansowania jest :

- wcześniej zawarta umowa z PFRON nie została rozwiązana z przyczyn leżących po stronie wnioskodawcy;
- wniosek nie dotyczy dofinansowania kosztów poniesionych przed przyznaniem środków i zawarciem umowy.