**Data wpływu:**

**Nr sprawy:**

# WNIOSEK  o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

## Część A – DANE WNIOSKODAWCY

### ROLA WNIOSKODAWCY

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
| **Wnioskodawca składa wniosek:** | * We własnym imieniu
* Jako rodzic
* Jako opiekun prawny
* Jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego)
* na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie
* na mocy pełnomocnictwa niepoświadczonego notarialnie
 |
| **Postanowieniem Sądu:** |  |
| **Z dnia:** |  |
| **Sygnatura akt:** |  |
| **Imię i nazwisko notariusza:** |  |
| **Repertorium nr:** |  |
| **Zakres pełnomocnictwa:** | * pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie
* do rozliczenia dofinansowania
* do zawarcia umowy
* do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku
* do złożenia wniosku
* inne
 |

### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Imię:** |  |
| **Drugie imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Płeć:** | * mężczyzna
* kobieta
 |

#### ADRES ZAMIESZKANIA

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Gmina:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Rodzaj miejscowości:** | * miasto
* wieś
 |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |

#### ADRES KORESPONDENCYJNY

* Taki sam jak adres zamieszkania

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Gmina:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |

### DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Imię:** |  |
| **Drugie imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Płeć:** | * mężczyzna
* kobieta
 |

#### ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Gmina:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |
| **Rodzaj miejscowości:** | * miasto
* wieś
 |

### STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:** | * tak
* nie
 |
| **Stopień niepełnosprawności:** | * Znaczny
* Umiarkowany
* Lekki
* Nie dotyczy
 |
| **Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:** | * bezterminowo
* okresowo – do dnia:
 |
| **Numer orzeczenia:** |  |
| **Grupa inwalidzka:** | * I grupa
* II grupa
* III grupa
* nie dotyczy
 |
| **Niezdolność:** | * Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji
* Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny
* Osoby całkowicie niezdolne do pracy
* Osoby częściowo niezdolne do pracy
* Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym
* Nie dotyczy
 |
| **Rodzaj niepełnosprawności:** | * 01-U – upośledzenie umysłowe
* 02-P – choroby psychiczne
* 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
	+ - osoba głucha
		- osoba głuchoniema
* 04-O – narząd wzroku
	+ - osoba niewidoma
		- osoba głuchoniewidoma
* 05-R – narząd ruchu
	+ - wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego
		- dysfunkcja obu kończyn górnych
* 06-E – epilepsja
* 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia
* 08-T – choroby układu pokarmowego
* 09-M – choroby układu moczowo-płciowego
* 10-N – choroby neurologiczne
* 11-I – inne
* 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe
 |
| **Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:** | * tak
* nie
 |
| **Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):** | * 2 przyczyny
* 3 przyczyny
 |

### ŚREDNI DOCHÓD

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

* indywidualne
* wspólne

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:**

**Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:**

**w tym liczba osób niepełnosprawnych:**

### KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

**Na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych ze środków finansowych PFRON:**

* nie korzystałem
* korzystałem

### CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cel dofinansowania | Nr umowy | Data zawarcia umowy | Kwota dofinansowania | Stan rozliczenia |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

## Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

### PRZEDMIOT WNIOSKU

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:** |  |
| **Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):** |  |
| Słownie: |  |
| **Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:** |  |
| Słownie: |  |
| **co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:** |  |
| **Deklarowane środki własne:** |  |
| **Inne źródła finansowania:** |  |
| **Cel dofinansowania i uzasadnienie:** |  |

### WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:** |  |
| **Miejsce realizacji zadania:** |  |
| **Termin rozpoczęcia:** |  |
| **Przewidywany czas realizacji:** |  |

### OPIS PONIESIONYCH NAKŁADÓW

Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania..................................................................................................................

### FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

* Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Właściciel konta (imię i nazwisko):** |  |
| **Nazwa banku:** |  |
| **Nr rachunku bankowego:** |  |

* W kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)
* Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

### OPIS BUDYNKU I MIESZKANIA

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Budynek:** | * dom jednorodzinny,
* wielorodzinny prywatny,
* wielorodzinny komunalny,
* wielorodzinny spółdzielczy
 |
| **Ilość pięter:** | * budynek parterowy,
* piętrowy,
* mieszkanie na piętrze

(którym?): |
| **Przybliżony wiek budynku lub rok budowy:** |  |
| **Liczba pokoi:** | * + kuchnia,
* + łazienka,
* + wc
 |
| **Łazienka jest wyposażona w:** | * wannę,
* brodzik,
* kabinę prysznicową,
* umywalkę
 |
| **W mieszkaniu jest:** | * instalacja wody zimnej,
* ciepłej,
* kanalizacja,
* centralne ogrzewanie,
* prąd,
* gaz
 |
| **Inne informacje o warunkach mieszkaniowych:** |  |

### SYTUACJA ZAWODOWA

* Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
* Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
* Bezrobotny poszukujący pracy
* Rencista poszukujący pracy
* Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
* Dzieci i młodzież do lat 18
* Inne / jakie?

### OŚWIADCZENIE

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: ………………………

**Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Przepisy wprowadzające Kodeks karny - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Miejscowość* | *Data* | *Podpis Wnioskodawcy* |
|  |  |  |

### LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

|  |
| --- |
| **Lista** |
| 1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne
2. Kopia orzeczeń o stopniu niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób.
3. **Załącznik nr 1** -Aktualne zaświadczenie lekarskie (ważne 6 miesięcy od daty wystawienia).

**Zaświadczenia wypełnione nieczytelnie będą zwracane wnioskodawcy celem uzupełnienia.**1. Udokumentowanie innych źródeł finansowania zadania (np. sponsor, o ile dotyczy).
2. Zgoda na wykonanie wnioskowanego zadania, wydana przez właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego, w którym ma nastąpić wnioskowana likwidacja barier architektonicznych – o ile dotyczy.
3. Postanowienie Sądu lub Pełnomocnictwo Notarialne w przypadku wniosku dotyczącego podopiecznego/ ubezwłasnowolnionego.

 |