



pieczęć wpływu wniosku

.....
data wpływu kompletnego wniosku - wypełnia PCPR

PCPR.533.1.1. _____
Nr wniosku - wypełnia PCPR

W N I O S E K

**o dofinansowanie ze środków
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
likwidacji barier architektonicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osoby
niepełnosprawnej**

dostosowanie łazienki * podjazd * inne,..... *
dostosowanie pomieszczeń * dźwig osobowy * (jakie?)

* właściwe zakreślić X

Część A: Dane Wnioskodawcy

1. Dane osoby niepełnosprawnej dorosłej lub niepełnosprawnego dziecka

.....dziecko/dorosły*	
imię i nazwisko Wnioskodawcy * podkreślić właściwe	
PESEL	(ulica/nr domu/nr lokalu/miejscowość)
nr telefonu	(kod pocztowy/poczta)
adres zamieszkania Wnioskodawcy	

2. Dane przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekuna prawnego lub pełnomocnika Wnioskodawcy

.....	
imię i nazwisko przedstawiciela Wnioskodawcy – pokrewieństwo z Wnioskodawcą	
PESEL	(ulica/nr domu/nr lokalu/miejscowość)
nr telefonu	(kod pocztowy/poczta)
adres zamieszkania przedstawiciela Wnioskodawcy	

3. Stopień niepełnosprawności Wnioskodawcy (we właściwej rubryce wpisać TAK)		Ważność orzeczenia: do dnia / na stałe
1	Znaczny stopień niepełnosprawności / lub równoważny	
2	Umiarkowany stopień niepełnosprawności / lub równoważny	
3	Lekki stopień niepełnosprawności / lub równoważny	
4	Osoby do 16 roku życia, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	

4. Rodzaj ograniczenia sprawności Wnioskodawcy (we właściwej rubryce wpisać TAK)		
1	dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim * lub wrodzony brak * albo amputacja dłoni, rąk lub nóg *	
2	inna dysfunkcja narządu ruchu	
3	dysfunkcja narządu wzroku	
4	deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
5	dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
6	niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
7	inna dysfunkcja, jaka? _____	

5. Sytuacja zawodowa Wnioskodawcy (we właściwej rubryce wpisać TAK)		
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	
6	inna, jaka? _____	

6. Sytuacja rodzinna Wnioskodawcy (we właściwej rubryce wpisać TAK)		
1	Osoba mieszkająca samotnie	
2	Osoba zamieszkująca wyłącznie z niepełnosprawnym małżonkiem lub opiekunem lub niepełnosprawnymi członkami rodziny	
3	Osoba zamieszkująca z pełnosprawnymi i niepełnosprawnymi członkami rodziny	
4	Osoba zamieszkująca tylko z pełnosprawnymi członkami rodziny	

* właściwe podkreślić

7. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

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** wynosi: _____ zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym (wliczając Wnioskodawcę): _____ .

8. Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON: tak * nie * * właściwe zakreślić X

Cel (nazwa zadania ustawowego oraz /lub nazwa programu, w ramach którego przyznana została pomoc)	Numer zawartej umowy	Data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Stan rozliczenia (* podkreślić właściwe)
				rozliczyłem(am)się * jestem w trakcie rozliczania * nie rozliczyłem(am)się *
				rozliczyłem(am)się * jestem w trakcie rozliczania * nie rozliczyłem(am)się *
				rozliczyłem(am)się * jestem w trakcie rozliczania * nie rozliczyłem(am)się *
				rozliczyłem(am)się * jestem w trakcie rozliczania * nie rozliczyłem(am)się *

9. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i mieszkania

- 1) mieszkanie - lokatorskie spółdzielcze prawo do lokalu mieszkalnego*, własnościowe spółdzielcze prawo do lokalu mieszkalnego*, odrębna własność lokalu mieszkalnego*, komunalne/kwaterunkowe*, prawo do domu jednorodzinnego/jego części*,
inne.....
- 2) budynek parterowy*, piętrowy*, mieszkanie na (proszę podać kondygnację)
- 3) opis mieszkania: pokoje (podać liczbę), z kuchnią*, bez kuchni*, z łazienką*, bez łazienki*, z wc*, bez wc*
- 4) łazienka jest wyposażona w: wannę*, brodzik*, kabinę prysznicową*, umywalkę*, sedes*
- 5) w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej*, ciepłej*, kanalizacja*, centralne ogrzewanie*, piec*, prąd*, gaz*
- 6) inne informacje o warunkach mieszkaniowych

* właściwe podkreślić

10. Cel dofinansowania.....
.....
.....

11. Miejsce realizacji zadania (adres, gdzie będą likwidowane bariery architektoniczne).....
.....

12. Wykaz planowanych przedsięwzięć niezbędnych w celu likwidacji barier architektonicznych i orientacyjny koszt przedsięwzięcia.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

13. Przewidywany koszt realizacji zadania	Kwota wnioskowanego dofinansowania do 95 %
..... zł. zł

14. Informacje 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
.....

15. Informacje o innych źródłach finansowania zadania	
Deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia wkładu własnego - ponad obowiązkowe	
Deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania	

16. Termin i przewidywany czas realizacji zadania
1. Termin rozpoczęcia realizacji zadania -
2. Przewidywany czas realizacji zadania -

17. Określenie sposobu przekazania dofinansowania - Nazwa banku i numer rachunku bankowego
.....

18. Oświadczenia Wnioskodawcy

- 1) Oświadczam, że: nie mam zaległości wobec PFRON i w ciągu trzech lat od daty złożenia niniejszego wniosku nie byłam/em stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
- 2) Oświadczam, że: wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych/mojego dziecka/podopiecznego przez administratora danych - Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Mieście Lubawskim, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych gromadzonych w systemie informatycznym/nieinformatycznym w celu realizacji niniejszego wniosku, które przekazuję dobrowolnie zastrzegając prawo dostępu, sprawdzania i poprawiania.
- 3) Pouczony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego za składanie fałszywych zeznań, oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Art. 233 § 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§ 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

Oświadczam, że o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Mieście Lubawskim w ciągu 14 dni.

.....
miejscość, data

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy lub przedstawiciela ustawowego
Wnioskodawcy, opiekuna prawnego lub pełnomocnika

Załączniki do wniosku:

- 1) kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia – **oryginał do wglądu**
- 2) zaświadczenie od lekarza specjalisty potwierdzające trudności w poruszaniu się
- 3) dokument potwierdzający podstawę prawną do zajmowanego lokalu (własność, umowa najmu)
- 4) szkic mieszkania, projekt (budowa podjazdu)
- 5) szkic pomieszczeń, w których ma nastąpić likwidacja barier (przed i po likwidacji)
- 6) pisemna zgoda właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego na przeprowadzenie prac remontowo - budowlanych
- 7) dokument potwierdzający stałe zamieszkanie w miejscu likwidacji barier
- 8) udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania
- 9) kopia pełnomocnictwa lub innego dokumentu dającego podstawę prawną do reprezentacji Wnioskodawcy - **oryginał do wglądu**

Uwaga: dofinansowanie nie obejmuje kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON

Część B: Wypełnia Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

Warunki mieszkaniowe - sytuacja mieszkaniowa Wnioskodawcy

* - złe

* - przeciętne

* - dobre

* - bardzo dobre

1. Suma uzyskanych punktów

* właściwe zakreślić X

2. Ocena merytoryczna

Etap I

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

.....
data, pieczętka i podpis pracownika PCPR

Etap II

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

.....
data, pieczętka i podpis pracownika PCPR

3. Decyzja Dyrektora PCPR

Wniosek rozpatrzono pozytywnie / negatywnie* i przyznano / nie przyznano* środki finansowe PFRON w wysokości _____ zł, słownie _____

w ramach dofinansowania likwidacji barier architektonicznych.

.....
data, pieczętka i podpis Dyrektora PCPR

Podstawa prawna:

- 1) ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
- 2) rozporządzenie z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Mieście Lubawskim
- dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

likwidacji barier architektonicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osoby niepełnosprawnej

1. **Imię i nazwisko pacjenta:**

Adres zamieszkania:

PESEL:

2. **Rozpoznanie chorobowe:**

.....

.....

.....

3. **Czy wyżej wymieniona osoba ma trudności w poruszaniu się?**

TAK*

NIE*

4. **Na czym polegają te trudności i jaki jest ich stopień?**

.....

.....

.....

5. **Osoba niepełnosprawna wymieniona w pkt 1 porusza się ***

samodzielnie

z pomocą innych osób

przy pomocy oprotezowania

przy pomocy balkonika

przy pomocy kuli

przy pomocy innych przedmiotów ortopedycznych, jakich?

na wózku inwalidzkim

jest osobą leżącą wymagającą opieki osób drugih

.....
pieczętka i podpis lekarza specjalisty
wystawiającego zaświadczenie

* właściwe zakreślić X