



pieczęć wpływu wniosku

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

**PCPR.533. 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**  \*

**dostosowanie pomieszczeń**  \*

**dźwig osobowy**  \*

**Część A: Dane Wnioskodawcy** (proszę wypełnić drukowanymi literami)

**1. Imię, nazwisko, adres zamieszkania Wnioskodawcy - (dane niepełnosprawnej osoby dorosłej lub niepełnosprawnego dziecka) - wypełnić niezależnie od pkt 2 wniosku**

.....dziecko/dorosły		
imię i nazwisko Wnioskodawcy		niepotrzebne skreślić
numer PESEL	ulica	nr domu
kod pocztowy	miejsowość	numer telefonu

**2. Imię, nazwisko, adres zamieszkania osoby uprawnionej do reprezentacji Wnioskodawcy małoletniego lub Wnioskodawcy pozbawionego lub o ograniczonej zdolności do czynności prawnych**

.....		
imię i nazwisko przedstawiciela Wnioskodawcy - pokrewieństwo		
numer PESEL	ulica	nr domu
kod pocztowy	miejsowość	numer telefonu

\* właściwe zaznaczyć krzyżykiem

<b>3. Stopień niepełnosprawności Wnioskodawcy (we właściwej rubryce wpisać TAK)</b>		<b>Ważność orzeczenia: na stałe / na czas określony do...</b>
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	

<b>4. Rodzaj ograniczenia sprawności Wnioskodawcy (we właściwej rubryce wpisać TAK)</b>		
1	dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
2	inna dysfunkcja narządu ruchu	
3	dysfunkcja narządu wzroku	
4	deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
5	dysfunkcja narządów słuchu lub mowy	
6	niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
7	inna dysfunkcja, jaka? _____	

<b>5. Sytuacja zawodowa Wnioskodawcy (we właściwej rubryce wpisać TAK)</b>		
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	

<b>6. Sytuacja rodzinna Wnioskodawcy (we właściwej rubryce wpisać TAK)</b>		
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. Średni dochód miesięczny na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy**

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 wyniósł: \_\_\_\_\_ zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym (wliczając Wnioskodawcę) wynosi: \_\_\_\_\_ .

**8. Czy Wnioskodawca korzystał (w ciągu ostatnich 3 lat licząc od dnia złożenia wniosku) ze środków PFRON?**

tak  nie  \*

Cel (nazwa zadania ustawowego oraz /lub nazwa programu, w ramach, którego przyznana została pomoc)	Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Termin rozliczenia	Kwota rozliczona
	Razem kwota przyznana:		Razem kwota rozliczona:	

**9. Cel likwidacji barier architektonicznych**.....

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

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

.....

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

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

\* właściwe zaznaczyć krzyżykiem

12. Całkowity koszt realizacji zadania	Kwota wnioskowanego dofinansowania
_____ zł.	_____ zł.

**13. 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**

.....

**14. Informacje o innych źródłach finansowania zadania**

Deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia wkładu własnego - ponad obowiązkowe	
Deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania	

**15. Termin i przewidywany czas realizacji zadania**

1. Termin rozpoczęcia zadania
2. Przewidywany czas realizacji zadania

**16. Określenie sposobu przekazania dofinansowania - Nazwa i numer banku**

.....

## OŚWIADCZENIA

- Oświadczam, że nie posiadam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz że w ciągu 3 lat od daty złożenia niniejszego wniosku nie byłem/em stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
- Oświadczam, że w przypadku przyznania dofinansowania będę dysponował/ła środkami finansowymi na opłacenie udziału własnego w postaci różnicy pomiędzy kwotą dofinansowania, ewentualnym dofinansowaniem z innych źródeł, a całkowitym kosztem realizacji zadania.
- 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 (tj. Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) gromadzonych w systemie informatycznym/nieinformatycznym w celu wykonania zadania wynikającego z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2011 r., Nr 127, poz. 721 z późn. zm.), które przekazuję dobrowolnie zastrzegając prawo dostępu, sprawdzania i poprawiania.
- Uprzedzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego:

**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 do lat 3 (...).**

oświadczam, że wszystkie dane podane przeze mnie we wniosku o przyznanie dofinansowania ze środków PFRON są zgodne z prawdą i że jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

.....  
miejsowość, data

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

## Załączniki do wniosku:

- 1) kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2011r. Nr 127, poz. 721 z późn. zm.), a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopia orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998r. – **oryginał do wglądu**
- 2) zaświadczenie od lekarza specjalisty potwierdzające dysfunkcję narządu ruchu bądź wzroku – w uzasadnionych przypadkach
- 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) zgoda właściciela mieszkania na przeprowadzenie prac remontowo-budowlanych
- 7) dokument potwierdzający stałe zamieszkanie w miejscu likwidacji barier
- 8) udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania
- 9) pełnomocnictwo lub wskazanie innej podstawy prawnej do reprezentacji Wnioskodawcy – patrz pkt 2 wniosku.

**Uwaga: dofinansowanie nie może obejmować 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
<input type="checkbox"/> * - złe <input type="checkbox"/> * - dobre <input type="checkbox"/> * - przeciętne <input type="checkbox"/> * - bardzo dobre

### 1. Adnotacje przyjmującego (prowadzącego) wniosek

I. Suma uzyskanych punktów .....

### II. Opinia merytoryczna

Etap I

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
(data i podpis pracownika PCPR)

\* właściwe zaznaczyć krzyżykiem

