

WNIOSEK

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

I. Dane osoby niepełnosprawnej

.....
imię (imiona) i nazwisko

nr PESEL..... Data urodzenia

ADRES ZAMIESZKANIA:

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

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

Numer telefonu.....

Adres e-mail:

Adres do korespondencji:

Taki sam jak adres zamieszkania

Dane przedstawiciela ustawowego (rodzica dla małoletniego wnioskodawcy), opiekuna prawnego, pełnomocnika:

.....
imię i nazwisko

PESEL Data urodzenia

dowód osobisty: seria..... nr..... wydany w dniu.....

przez.....

adres zamieszkania:

kod pocztowy _ _ - _ _ _ nr tel.

Adres e-mail:

II. Stopień niepełnosprawności – proszę wstawić X we właściwej rubryce

Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Numer orzeczenia:
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy

Niezdolność:	<input type="checkbox"/> osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> nie dotyczy
--------------	---

III. Rodzaj niepełnosprawności – proszę wstawić X we właściwej rubryce

Rodzaj niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> 06-E- epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo – płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne <input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> tak (proszę zaznaczyć ile) <input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny <input type="checkbox"/> nie

IV. Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje - proszę wstawić X we właściwej rubryce

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

V. Opis budynku i mieszkania:

Budynek:	<input type="checkbox"/> dom jednorodzinny <input type="checkbox"/> wielorodzinny prywatny <input type="checkbox"/> wielorodzinny komunalny <input type="checkbox"/> wielorodzinny spółdzielczy
Ilość pięter:	<input type="checkbox"/> budynek parterowy <input type="checkbox"/> piętrowy <input type="checkbox"/> mieszkanie na piętrze (którym?)
Przybliżony wiek budynku lub rok budowy:

Liczba pokoi:	<input type="checkbox"/> liczba pokoi <input type="checkbox"/> + kuchnia <input type="checkbox"/> + łazienka <input type="checkbox"/> + wc
Łazienka jest wyposażona w:	<input type="checkbox"/> wannę <input type="checkbox"/> brodzik <input type="checkbox"/> kabinę prysznicową <input type="checkbox"/> umywalkę
W mieszkaniu jest:	<input type="checkbox"/> instalacja wody zimnej <input type="checkbox"/> ciepłej <input type="checkbox"/> kanalizacja <input type="checkbox"/> centralne ogrzewanie <input type="checkbox"/> prąd <input type="checkbox"/> gaz
Inne informacje o warunkach mieszkaniowych:	

VI. Sytuacja mieszkaniowa – warunki mieszkaniowe (wypełnia pracownik Centrum)

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

VII. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą:

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe: indywidualnie wspólnie

Przeciętny miesięczny dochód (netto) na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy (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 wynosi:

VIII. Korzystanie ze środków PFRON

- nie korzystałem/am
 korzystałem/am

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

IX. Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:

.....

.....

.....

.....

.....

X. Udział własny wnioskodawcy i wysokość wnioskowanego dofinansowania:

1. przewidywany łączny koszt realizacji zadania	zł.
2. deklарowane środki własne	zł.
3. Udokumentowane inne źródła finansowania zadania (np. sponsor, fundacja itp.):	zł.

Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON (nie więcej niż 95%):

cyfrą: (słownie:zł)

XI. Cel dofinansowania i uzasadnienie (jakie występują ograniczenia w poruszaniu się i w jaki sposób wnioskowane prace ułatwią codzienne funkcjonowanie):

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

XII. Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, robót/zakupów) w celu likwidacji barier architektonicznych:

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

XIII. Miejsce realizacji oraz termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

.....
.....

XIV. 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, lub wpisać „nie dotyczy”

.....
.....

XV. Forma przekazania środków finansowych:

przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę

Właściciel konta (imię i nazwisko):

Nazwa banku i nr rachunku bankowego:

konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

XVI. Informacje dodatkowe i Oświadczenia:

Sytuacja zawodowa osoby niepełnosprawnej:

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

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za podanie informacji niezgodnej z prawdą, wynikającej z art. 233 § 1,2 i 3 Kodeksu Karnego. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się poinformować w ciągu 14 dni.

Niniejszym oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż zgodnie z art. 10§1 Kodeksu postępowania administracyjnego przysługuje mi prawo czynnego udziału w każdym stadium postępowania, zapoznania się z materiałem dowodowym, a przed wydaniem decyzji wypowiedzenia się i zgłoszenia zastrzeżeń.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich (mojego dziecka) danych osobowych przez PCPR w zakresie niezbędnym do realizacji wniosku zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 poz. 1781)

Oświadczam, że zostałem poinformowany, że zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia **Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L z 04.05.2016 r., Nr 119, s. 1), zwanego dalej w skrócie „RODO”, że administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wieliczce z siedzibą przy ul. Niepołomska 26G, 32-020 Wieliczka. Dane przetwarzane są w związku z realizacją zadań ustawowych. Klienci Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie mają prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, a administrator danych osobowych może przekazać dane upoważnionym podmiotom na podstawie przepisów prawa. Podawanie danych osobowych jest obowiązkowe w celu realizacji zadań ustawowych, w innych przypadkach ma charakter dobrowolny.**

Oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami udzielania pomocy w ramach zadania.

Oświadczam, że nie poniosłem/am żadnych kosztów realizacji zadania (zakup materiałów, rozpoczęcia prac, itp.) przed dniem złożenia wniosku oraz nie poniosę ich do dnia zawarcia umowy z PCPR w Wieliczce.

Oświadczam, że posiadam środki własne na realizację zadania.

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

Załączniki do wniosku:

1. kopia aktualnego orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
2. aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności, wypełnione czytelnie w języku polskim, zaświadczenie jest ważne 30 dni od daty wystawienia do chwili złożenia w PCPR,
3. kopia aktualnych dokumentów potwierdzających tytuł prawny do lokalu lub budynku mieszkalnego, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych - aktualny odpis z księgi wieczystej oraz wypis z kartoteki budynków lub akt notarialny,
4. pisemna zgoda właściciela/właścicieli lokalu na wykonanie robót we wskazanym zakresie,
5. zaświadczenie o dochodach netto wnioskodawcy i osób prowadzących gospodarstwo domowe wspólnie z Wnioskodawcą za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (np. kwartałem poprzedzającym dla wniosku złożonego w styczniu, lutym lub w marcu jest czwarty kwartał roku poprzedniego).

6. w przypadku, gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego do wniosku należy załączyć odpowiednio kopię pełnomocnictwa lub postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego
7. dwie propozycje – dwie oferty cenowe od dwóch niezależnych sprzedawców/ usługodawców dotyczące zakupu krzesełek schodowych, platform schodowych, podnośników, wind, podnośników sufitowych.

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy*, przedstawiciela ustawowego*,
opiekuna prawnego*, pełnomocnika*)

* niepotrzebne skreślić

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

....., dnia

Zaświadczenie Lekarskie o Stanie Zdrowia
wydane dla potrzeb PFRON – likwidacja barier architektonicznych
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i Nazwisko pacjenta.....

Data urodzenia.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

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

2. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny:

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

3. Niepełnosprawność pacjenta dotyczy narządu ruchu w zakresie:

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

4. Inne schorzenia:

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

.....
Pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie