

Pieczęć PCPR

..... nr wniosku
..... data wpływu

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji
Osób Niepełnosprawnych do
**likwidacji barier architektonicznych w komunikowaniu się i technicznych w związku z
indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych**

Część A: DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY:

I. Dane personalne osoby niepełnosprawnej:

Imię i nazwisko:	
ulica:	nr domu:
miejsowość :	kod pocztowy:
Powiat:	województwo:
PESEL:	NIP:
Seria i numer dowodu osobistego:	
nr telefonu:	
Nazwa banku i nr rachunku:	

II. Stopień niepełnosprawności:

1. Znaczny	
inwalidzi I grupy	
osoby całkowicie niezdolne do pracy i do samodzielnej egzystencji	
osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym (z zasiłkiem pielęgnacyjnym)	
osoby w wieku do lat 16 (z orzeczeniem o niepełnosprawności)	
2. Umiarkowany	
inwalidzi II grupy	
osoby całkowicie niezdolne do pracy	
3. Lekki	
pozostali inwalidzi III grupy	
osoby częściowo niezdolne do pracy	
osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

Rodzaj niepełnosprawności:

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
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	

III. Sytuacja zawodowa:

1. zatrudniony	
2. osoba w wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca*	
3. bezrobotny poszukujący pracy*	

4. rencista poszukujący pracy*, rencista* / emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy	
5. dzieci i młodzież do lat 18	

III. Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje:

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

IV. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą oraz oświadczenie o wysokości ich dochodów:

Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Stopień niepełnosprawności (grupa)	Rodzaj niepełnosprawności	Rodzaj świadczenia	Dochód miesięczny netto*
Wnioskodawca					

* przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych, pomniejszony o obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za rok podatkowy poprzedzający rok, w którym składany jest wniosek (netto)

V. Średni miesięczny dochód przypadający na osobę:

1. poniżej 100,00zł	
2. 101,00 – 200,00zł	
3. 201,00 – 300,00zł	
4. 301,00 – 400,00zł	
5. 401,00 – 500,00zł	
6. 501,00 – 600,00zł	
7. 601,00 – 700,00zł	
8. 701,00 – 800,00zł	
9. powyżej 800,00zł	

VI. Korzystanie ze środków finansowych PFRON:

1. na likwidację barier urbanistycznych i architektonicznych / w komunikowaniu	
a) nie korzystałem	
b) korzystałem	
cel dofinansowania: nr umowy i data zawarcia: kwota dofinansowania: stan rozliczenia:	

Część B. INFORMACJE O PRZEDMIOCIE WNIOSKU:

I. Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:

.....
Przewidywany koszt ogólny: zł
Deklarowane środki własne (ponad obowiązkowe 20%):
Inne źródła finansowania:
Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:zł
słownie:

UWAGA: WYPEŁNIAĆ W PRZYPADKU UBIEGANIA SIĘ O LIKWIDACJĘ BARIER ARCHYTEKTONICZNYCH

I. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i mieszkania:

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

II. Wykaz planowanych przedsięwzięć w celu likwidacji barier:

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

miejsce realizacji zadania:

termin rozpoczęcia:

przewidywany czas realizacji:

Część C: INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE:

Dane przedstawiciela ustawowego/ opiekuna prawnego/ pełnomocnika:

Imię i nazwisko:

ulica:	nr domu
miejsowość :	kod pocztowy
Powiat:	województwo
PESEL:	NIP
Seria i numer dowodu osobistego:	
nr telefonu:	

Oświadczam, że są mi znane następujące informacje:

1. o dofinansowanie mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, które mają trudności w poruszaniu się,
2. dofinansowanie ze środków PFRON nie przysługuje, jeżeli podmiot ubiegający się o dofinansowanie ma zaległości wobec Funduszu lub podmiot ten był, w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie tego podmiotu,
3. dofinansowanie likwidacji barier /technicznych/ w komunikowaniu się, nie przysługuje osobom niepełnosprawnym, które w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku uzyskały odpowiednio na te cele dofinansowanie ze środków Funduszu,
4. dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu,
5. wysokość dofinansowania likwidacji barier architektonicznych/ technicznych/ w komunikowaniu się wynosi do 80% kosztów przedsięwzięcia,
6. podstawę dofinansowania likwidacji barier architektonicznych/ technicznych/ w komunikowaniu się stanowi umowa zawarta przez Starostę z osobą niepełnosprawną (wnioskodawcą) lub jej przedstawicielem ustawowym,
7. W terminie 10 dni od dnia złożenia wniosku zostaną Państwo poinformowani o występujących we wniosku uchybieniach, które powinny zostać usunięte w terminie 30 dni. Nie usunięcie ich we wskazanym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.

Uprzedzony o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach 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 osobowych w bazie danych PCPR dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji mojego wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. Nr 133, poz. 883)

.....
Podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/
opiekuna prawnego/ pełnomocnika

Załączniki do wniosku:

1. kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności,
2. kopie orzeczeń o niepełnosprawności osób wspólnie zamieszkujących,
3. aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności i potwierdzające konieczność likwidacji barier,
4. udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu/ kserokopia dowodu osobistego/,
5. dokument potwierdzający prawo do własności lokalu lub do budynku mieszkalnego/ np. kserokopia aktu notarialnego/,
6. zgoda właściciela lokalu lub właściciela budynku mieszkalnego na likwidację barier,
7. pełnomocnictwo lub postanowienie sądu (pełnomocnik lub opiekun prawny),
8. dokument potwierdzający dochód wnioskodawcy i członków rodziny (oryginały do wglądu).

.....

(miejscowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Parczewie
dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych, technicznych
w komunikowaniu się

Imię i nazwisko pacjenta

Adres zamieszkania

Data urodzenia

1. Rozpoznanie i opis schorzenia powodującego niepełnosprawność:

.....

.....

.....

.....

.....

2. Opis trudności w codziennym funkcjonowaniu powodowanych występującym schorzeniem:

a. w zakresie poruszania się

.....

.....

.....

b. w zakresie samodzielnego funkcjonowania :

.....

.....

.....

.....

.....
(pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej)

.....
(pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie)

**Oświadczenie Wnioskodawcy o wysokości dochodów i liczbie osób
pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym**

Ja niżej podpisany/a

.....oświadczam, że razem ze mną
we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

<i>L.p</i>	<i>Imię i nazwisko</i>	<i>Wiek</i>	<i>Stopień pokrewieństwa</i>	<i>Przeciętny miesięczny dochód</i>
1.			<i>Wnioskodawca</i>	
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.			RAZEM	

W przypadku osób samotnych do oświadczenia należy wpisać tylko Wnioskodawcę

Oświadczam, że:

Przeciętny miesięczny dochód ² za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku na jedną osobę w mojej rodzinie wynosizłotychgroszy

(słownie złotych:

.....
.....)

Wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych PCPR w Parczewie zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r o ochronie danych osobowych (Dz.U.Nr 133 poz 883 z późn.zm.).

Prawdziwość powyższych danych pod groźbą odpowiedzialności karnej stwierdzam własnoręcznym podpisem.

Parczew, dnia.....

.....
(podpis Wnioskodawcy)

POUCZENIE

'Jest to przeciętny dochód za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych (Dz.U.Nr 109 poz 747) pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób.

²Dochód ustalony w pkt. 1 należy podzielić przez liczbę osób.

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych do potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Parczewie zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

(data i miejscowość)

(czytelny podpis)

.....

(miejsowość , data)

.....

(Imię i nazwisko)

.....

.....

(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że nie byłem/łam stroną umowy zawartej z PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie, jak również nie mam zobowiązań wobec PFRON.

.....

(podpis Wnioskodawcy)

Uzasadnienie

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

.....

(podpis Wnioskodawcy)