

.....
data wpływu do Powiatowego Centrum Pomocy
Rodzinie w Nakle nad Notecią

W N I O S E K

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji **barier architektonicznych**

1. Dane dotyczące Wnioskodawcy (osoby niepełnosprawnej, której wniosek dotyczy)

Nazwisko..... Imię PESEL
Dowód osobisty serianr wydany w dniur. przezważny dor.
Adres zamieszkania osoby niepełnosprawnej:
Miejscowość..... Kod pocztowy Ulica
Nr telefonu kontaktowego
Numer rachunku bankowego.....
Nazwa banku

2. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego) / opiekuna prawnego / pełnomocnika

[] nie dotyczy, [] przedstawiciel ustawowy, [] opiekun prawny, [] pełnomocnik *
Nazwisko..... Imię PESEL
Dowód osobisty serianr wydany w dniur. przezważny dor.
Adres zamieszkania:
Miejscowość..... Kod pocztowy Ulica
Nr telefonu kontaktowego
Numer rachunku bankowego.....
Nazwa banku

* właściwe zaznaczyć

3. Stan prawny dotyczący niepełnosprawności*

[] stopień znaczny	[] całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	[] I grupa inwalidzka	[] stała albo długotrwała niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym wydana przed dniem 1 stycznia 1998r. (dla osób, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny)
---------------------	--	------------------------	--

<input type="checkbox"/> stopień umiarkowany	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka	-
<input type="checkbox"/> stopień lekki	<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka	<input type="checkbox"/> stała albo długotrwała niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym wydana przed dniem 1 stycznia 1998r.
<input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności (dla dzieci do 16 roku życia)			

* właściwe zaznaczyć

4. Rodzaj niepełnosprawności*

<input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu, w zakresie:	<input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych	<input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej	
	<input type="checkbox"/> obu kończyn górnych	<input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej	
	<input type="checkbox"/> innym (wymienić).....		
Wnioskodawca (osoba niepełnosprawna) porusza się:	za pomocą: <input type="checkbox"/> wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> kuli/kul tokciowych		
	<input type="checkbox"/> balkonika/podpórki <input type="checkbox"/> inne (wymienić).....		
<input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku:	<input type="checkbox"/> samodzielnie <input type="checkbox"/> osoba leżąca		
	<input type="checkbox"/> osoba niewidoma		
	<input type="checkbox"/> osoba niedowidząca		
<input type="checkbox"/> inne (wymienić).....			
Inny rodzaj niepełnosprawności*			
<input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe (01-U)	<input type="checkbox"/> choroby psychiczne (02-P)	<input type="checkbox"/> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu (03-L)	<input type="checkbox"/> epilepsja (06-E)
<input type="checkbox"/> choroby układu oddechowego i krążenia (07-S)		<input type="checkbox"/> choroby układu pokarmowego (08-T)	
<input type="checkbox"/> choroby układu moczowo-płciowego (09-M)	<input type="checkbox"/> inne (11-I)	<input type="checkbox"/> całościowe zaburzenia rozwojowe (12-C)	

* właściwe zaznaczyć

5. Sytuacja zawodowa

<input type="checkbox"/> dzieci i młodzież do 18 roku życia	<input type="checkbox"/> osoba w wieku od 18 do 24 roku życia ucząca się		
<input type="checkbox"/> zatrudniona/-y	<input type="checkbox"/> prowadząca/-y działalność gospodarczą		
<input type="checkbox"/> bezrobotna/-y	<input type="checkbox"/> emeryt	<input type="checkbox"/> rencista	<input type="checkbox"/> inne

6. Informacja o realizacji przez Wnioskodawcę zobowiązań wobec PFRON

Czy Wnioskodawca ma zaległości wobec PFRON* <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Jeżeli tak to proszę podać rodzaj i wysokość zaległościzł
	Czy Wnioskodawca był w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy* <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

* właściwe zaznaczyć

7. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON w okresie 5 lat poprzedzających rok złożenia wniosku

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON*			[]tak	[]nie
			(Jeżeli tak to należy wypełnić poniżej)	
Numer i data zawarcia umowy	Kwota przyznanego dofinansowania	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia (kwota rozliczona)
Razem kwota:		Razem kwota rozliczona:		

* właściwe zaznaczyć

8. Sytuacja mieszkaniowa

Opis budynku, mieszkania*			
dom wolnostojący	wielorodzinny:	[] inny budynek	przybliżony rok budowy (podać)
[]tak []nie	- prywatny []tak []nie	(podać).....
	- komunalny []tak []nie	budynek parterowy	mieszkanie znajduje się na:
	- spółdzielczy []tak []nie	[]tak []nie	[]parterze
			[]piętrze (podać kondygnację).....
liczba pokoi (podać).....	kuchnia	łazienka	osobna toaleta
	[]tak []nie	[]tak []nie	[]tak []nie
łazienka wyposażona jest w:	instalacja wody:	paliwo wykorzystywane do ogrzewania mieszkania, domu:	
- kabinę prysznicową []tak []nie	- zimnej []tak []nie	- węgiel/drzewo []tak []nie	
- wannę []tak []nie	- ciepłej []tak []nie	- zewnętrzny dostawca energii []tak []nie	
- umywalkę []tak []nie		- inne (wymienić)	
- sedes []tak []nie		- brak ogrzewania []tak []nie	
- inne (wymienić)			
Inne informacje o warunkach mieszkaniowych			
.....			
.....			
.....			
Warunki mieszkaniowe w ocenie Wnioskodawcy: []złe, []przeciętne, []dobre, []bardzo dobre			
Wnioskodawca zamieszkuje: []z rodziną []osobami niespokrewnionymi []samotnie			

* wypełnić wszystkie rubryki

9. Przedmiot dofinansowania

Wykaz planowanych przedsięwzięć, zakupów w celu likwidacji barier architektonicznych (w kolejności od najważniejszego dla wnioskodawcy)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

10. Cel dofinansowania

(uzasadnienia składanego wniosku w odniesieniu do niepełnosprawności)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

11. Miejsce i termin realizacji zadania

Miejsce realizacji zadania (dokładny adres)

.....

Termin rozpoczęcia zadania (nie wcześniej niż II kwartał danego roku)

.....

Przewidywalny czas realizacji zadania (nie dłużej niż do 30 listopada danego roku)

.....

12. Przewidywalny koszt realizacji zadania

1. Przewidywalny koszt realizacji zadania (100% ceny brutto)zł
2. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON (do 95% kosztów przedsięwzięcia, nie więcej niż do wysokości piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia)zł
3. Deklarowane środki własne (minimum 5%)zł

13. Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych na realizację zadania i innych źródłach finansowania zadania

Czy Wnioskodawca poniósł dotychczas nakłady na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek?

[] tak [] nie

Jeżeli „Tak” to proszę podać:

- ogólną wartość poniesionych nakładów:zł

- dotychczasowe źródła finansowania:

Informacja o innych źródłach finansowania zadania – (należy udokumentować jeżeli występują inne źródła finansowania zadania, jeżeli brak to wpisać „nie dotyczy”)

Uwaga

1. O dofinansowanie ze środków Funduszu zadań na likwidację barier architektonicznych mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, które mają trudności w poruszaniu się, jeżeli są właścicielami nieruchomości lub użytkownikami wieczystymi nieruchomości albo posiadają zgodę właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego, w którym stale zamieszkują.
2. Złożenie wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier architektonicznych nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu .
3. Podstawę dofinansowania zadań ze środków Funduszu stanowi umowa.
4. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.
5. We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „nie dotyczy”.

1. Świadoma/-y odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 §1 i §2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. kodeks karny (Dz.U. z 1997r. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.)* oświadczam, że dane umieszczone we wniosku oraz załącznikach są zgodne z prawdą.

2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych osoby pozostającej pod moją opieką zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r Nr 101, poz. 926, z późn. zm.) - dla potrzeb rozpatrywania wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych.

3. Zostałam/-em poinformowana/-y, iż zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. *kodeks cywilny* (j.t. Dz.U. z 2014r. poz. 121 z późn. zm.) miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.

4. Zobowiązuję się do pisemnego poinformowania Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nakle nad Notecią o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku w terminie 14 dni od dnia zmiany.

.....
data i podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/
opiekuna prawnego/pełnomocnika

*Art.233 Kodeksu Karnego:

§ 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.

§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

Dokumenty wymagane do wniosku
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji
Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych

UWAGA Należy przedłożyć oryginały wymaganych dokumentów (do wglądu) lub prawidłowo uwierzytelnione przez organ uprawniony kopie dokumentów.

Lp	Do wniosku należy dołączyć:	Wypełnia pracownik PCPR		
		Załączono do wniosku	Uzupełniono	Uwagi
1.	Aktualne orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności lub całkowitej niezdolności do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji lub całkowitej niezdolności do pracy lub częściowej niezdolności do pracy lub grupie inwalidzkiej lub stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanej przed dniem 1 stycznia 1998r.	Tak [] Nie []	Tak [] Nie []	
2.	Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym – załącznik nr 1 do wniosku	Tak [] Nie []	Tak [] Nie []	
3.	Aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wystawione przez lekarz specjalistę – załącznik nr 2 do wniosku	Tak [] Nie []	Tak [] Nie []	
4.	Kalkulacja kosztów związanych z realizacją zadania - załącznik nr 3 do wniosku	Tak [] Nie []	Tak [] Nie []	
5.	Oświadczenie Wnioskodawcy - załącznik nr 4 do wniosku	Tak [] Nie []	Tak [] Nie []	
6.	Oświadczenie właściciela nieruchomości lub użytkownika wieczystego nieruchomości, lokalu, budynku mieszkalnego - załącznik nr 5 do wniosku*	Tak [] Nie []	Tak [] Nie []	
7.	Numer z księgi wieczystej z określeniem Sądu, w którym księga jest prowadzona (dotyczy nieruchomości / lokalu / budynku mieszkalnego, w którym planowana jest likwidacja barier architektonicznych) lub odpis z ksiąg wieczystych (wydany nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku)**	Tak [] Nie []	Tak [] Nie []	
8.	Umowa najmu*	Tak [] Nie []	Tak [] Nie []	
9.	Projekt budowlany lub zgłoszenie robot budowlanych do właściwego organu, o ile jest wymagane przepisami prawa*	Tak [] Nie []	Tak [] Nie []	
10.	Dokument potwierdzający ustanowienie opiekuna prawnego /pełnomocnika*	Tak [] Nie []	Tak [] Nie []	
11.	Akt urodzenia dziecka - w przypadku gdy wniosek dotyczy niepełnoletniej osoby*	Tak [] Nie []	Tak [] Nie []	
12.	Aktualne orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności lub całkowitej niezdolności do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji lub całkowitej niezdolności do pracy lub częściowej niezdolności do pracy lub grupie inwalidzkiej lub stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanej przed dniem 1 stycznia 1998r. <u>osób mieszkających wspólnie z wnioskodawcą*</u>	Tak [] Nie []	Tak [] Nie []	
13	Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania*	Tak [] Nie []	Tak [] Nie []	

* jeżeli dotyczy

** możliwość dostarczenia wydruku z oficjalnej strony internetowej Ministerstwa Sprawiedliwości

.....
data i podpis pracownika PCPR w Nakle nad Notecią

Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier architektonicznych

str.6

Oświadczenie Wnioskodawcy o wysokości dochodów i liczbie członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym
(wraz z wnioskodawcą)

Lp.	Stopień pokrewieństwa /powinowactwa wobec Wnioskodawcy (syn, córka, żona itp.)	Stopień niepełnosprawności (jeżeli istnieje)	Przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
Razem			zł
Liczba osób tworzących wspólne gospodarstwo domowe wraz z Wnioskodawcą			
Przeciętny miesięczny dochód na jednego członka rodziny			zł

Świadoma/-y odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 §1 i §2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. *kodeks karny* (Dz.U. z 1997r. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.)* oświadczam, że powyższe dane zawarte w niniejszym załączniku do wniosku są zgodne z prawdą.

.....
data i podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/
opiekuna prawnego/pełnomocnika

*Art.233 Kodeksu Karnego:

§ 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.

§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

.....
oznaczenie zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nakle nad Notecią

UWAGA Zaświadczenie wypełnia **lekarz specjalista** w związku z rodzajem niepełnosprawności osoby,
której wniosek dotyczy

Należy wypełnić wszystkie punkty czytelnie w języku polskim.

Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

.....

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność osoby dotyczy:

a) dysfunkcji narządu ruchu:

- dysfunkcja obu kończyn górnych [] tak [] nie

- dysfunkcja jednej kończyny górnej [] tak [] nie

- dysfunkcja obu kończyn dolnych [] tak [] nie

- dysfunkcja jednej kończyny dolnej [] tak [] nie

- brak obu kończyn górnych [] tak [] nie

- brak jednej kończyny górnej [] tak [] nie

- brak obu kończyn dolnych [] tak [] nie

- brak jednej kończyny dolnej [] tak [] nie

- inne (wymienić).....

.....

.....

b) dysfunkcji narządu wzroku:

- osoba niewidoma [] tak [] nie

- osoba niedowidząca [] tak [] nie

- inne (wymienić).....

.....

.....

c) dysfunkcji narządu słuchu i mowy:

- osoba głuchoniema [] tak [] nie

- osoba niedosłyszająca [] tak [] nie

- inne (wymienić).....
.....
.....

d) innej dysfunkcji (wymienić)

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

3. Osoba niepełnosprawna porusza się:

a) samodzielnie: [] tak [] nie

b) za pomocą/przy pomocy:

- wózka inwalidzkiego: [] tak [] nie

- kuli/kul łokciowych: [] tak [] nie

- balkonika/podpórki: [] tak [] nie

- inne (wymienić).....
.....
.....

c) osoba leżąca: [] tak [] nie

4. Czy osoba niepełnosprawna jest zaopatrzona w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, sprzęt rehabilitacyjny?

[] tak [] nie

Jeżeli **tak** to wymienić:

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

.....
data

.....
pieczętka i podpis lekarza

Kalkulacja kosztów związanych z realizacją zadania

w związku ze złożonym wnioskiem o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych

Lp.	Wykaz planowanych przedsięwzięć	Jednostka miary	Ilość	Cena jednostkowa	Wartość
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
RAZEM					

.....
 data i podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/
 opiekuna prawnego/pełnomocnika

Oświadczenie Wnioskodawcy

Ja niżej podpisana/-y legitymująca/-y się

(imię i nazwisko)

dowodem osobistym nr wydanym przez,

PESEL świadoma/-y odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 §1 i §2

ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. *kodeks karny* (Dz.U. z 1997r. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.)*

oświadczam, iż

1) moim miejscem zamieszkania zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. *kodeks cywilny*

(j.t. Dz.U. z 2014r. poz. 121 z późn. zm.)** jest:

.....

(dokładny adres)

2) stale zamieszkuję pod adresem:

.....

(dokładny adres)

.....

data i podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/
opiekuna prawnego/pełnomocnika

* Art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. *kodeks karny*:

§ 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.”

§ 2. „Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.”

** Art. 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. *kodeks cywilny* „Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.”

**Oświadczenie właściciela
nieruchomości /użytkownika wieczystego nieruchomości / lokalu / budynku mieszkalnego***
(w przypadku współwłasności każdy współwłaściciel wypełnia odrębny druk)

Ja, legitymująca/-y się dowodem osobistym
(imię i nazwisko)

nr wydanym przez

PESEL oświadczam, iż

- 1) wyrażam zgodę na wykonanie prac określonych w złożonym w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Nakle nad Notecią wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych dla:

.....
(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)

- 2) wyrażam zgodę na na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r Nr 101, poz. 926, z późn. zm.) - dla potrzeb rozpatrywania wniosku o dofinansowania ze środków ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych.

.....
(data i podpis)