

## WNIOSEK

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

#### A. Dane Wnioskodawcy\* (proszę wypełnić drukowanymi literami)

..... syn/córka\* .....  
imię (imiona) i nazwisko ..... imię ojca .....

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

nrPESEL.....miejsowość.....ulica.....

nr domu..... nr lokalu.....nr kodu..... - ..... poczta .....

powiat.....województwo.....nr tel./faxu(z nr kier.) .....

#### I.A. Stopień niepełnosprawności <sup>(1)</sup>

1. znaczny,	
• inwalidzi I grupy,	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
• osoby w wieku do lat 16 (w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat), którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
2. umiarkowany,	
• inwalidzi II grupy,	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy,	
• inwalidzi III grupy ze względu na głuchotę lub głuchoniemotę	
3. lekki,	
• pozostali inwalidzi III grupy	
• osoby częściowo niezdolne do pracy,	
• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

#### I.B. Rodzaj niepełnosprawności <sup>(1)</sup>

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	
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	

#### II. Sytuacja zawodowa <sup>(1)</sup>

1. zatrudniony*/prowadzący działalność gospodarczą*	
2. młodzież w wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca*	
3. bezrobotny poszukujący*/rencista poszukujący pracy*	
4. rencista*/emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy*	
5. dzieci i młodzież do lat 18	

(1) wstawić X we właściwej rubryce

**III.A. Sytuacja mieszkaniowa – warunki mieszkaniowe (wypełnia pracownik Centrum)<sup>(1)</sup>**

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

**III.B. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i mieszkania**

1. dom jednorodzinny\*, wielorodzinny prywatny\*, wielorodzinny komunalny\*, wielorodzinny spółdzielczy\*,
2. inne\* .....
3. budynek parterowy\*, piętrowy\*, mieszkanie na ..... (proszę podać kondyngancję)
4. przybliżony wiek budynku lub rok budowy .....
5. opis mieszkania: pokoje ..... (podać liczbę), z kuchnią\*, bez kuchni\*, z łazienką\*, bez łazienki\*, z wc\*, bez wc\*
6. łazienka jest wyposażona w: wannę\*, brodzik\*, kabinę prysznicową\*, umywalkę\*
7. w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej\*, ciepłej\*, kanalizacja\*, centralne ogrzewanie\*, prąd\*, gaz\*
8. inne informacje o warunkach mieszkaniowych  
.....  
.....

**III.C. Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje <sup>(1)</sup>**

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

**III.D. Oświadczenie o dochodach**

Niniejszym oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał (kalendarzowy) poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił ..... zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi .....

**V. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

	(1)	(2)
1. na likwidację barier urbanistycznych i architektonicznych		
a/ nie korzystałem		
b/ korzystałem (w tym ze środków przyznanych przez WOZiRON)		
2. korzystałem na inne cele ustawowe i rozliczyłem się		
3. korzystałem na inne cele ustawowe i jestem w trakcie rozliczenia		
4. korzystałem i nie rozliczyłem się		

**VI. Deklarowany udział własny Wnioskodawcy i/lub sponsora**

1. deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania-ponad obowiązkowe 20%	%
2. deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania	%

(1) proszę wstawić X we właściwej rubryce

(2) proszę podać wysokość przyznanego dofinansowania (w zł.) oraz rok przyznania dofinansowania

\* niepotrzebne skreślić

**VII. Dane informacyjne o Wnioskodawcy<sup>(1)</sup>**

a) wykształcenie	zaznacz właściwe	b) rodzaj źródła utrzymania	zaznacz właściwe
1. niepełne podstawowe		1. wynagrodzenie za pracę	
2. podstawowe		2. przychody z działalności gospodarczej	
3. zawodowe		3. renta stała*/ emerytura*	
4. średnie ogólnokształcące		4. renta okresowa	
5. średnie zawodowe		5. renta szkoleniowa	
6. policealne		6. zasiłek dla bezrobotnych	
7. wyższe		7. zasiłek socjalny	
8. wyższe ze stopniem naukowym		8. stypendium	
		9. alimenty*/ inne*	

**VIII. Cel likwidacji barier architektonicznych i technicznych**

.....

.....

.....

**IX. Wykaz planowanych przedsięwzięć ( inwestycji, zakupów ) w celu likwidacji barier i orientacyjny koszt (w kolejności od najważniejszego dla Wnioskodawcy)**

.....

.....

.....

.....

**X. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji:**

.....

**XI. Ogólna wartość dotychczas poniesionych nakładów przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania:**

.....

.....

.....

**XII. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania zł.:**

cyframi:(słownie..... zł. )

### **XIII. Inwestor zastępczy (inspektor nadzoru) wybrany przez Wnioskodawcę:**

.....  
/ nazwa i dokładny adres z numerem kodu /

..... nr telefonu .....

(1) proszę wstawić X we właściwej rubryce

\*niepotrzebne skreślić

#### **Wymagane załączniki do wniosku :**

1. Kopia orzeczenia, o którym mowa w art.1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2019r., poz. 1172 ze zm.)
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób.
3. Aktualne zaświadczenie lekarza, zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności, sposobu poruszania się (np. wózek inwalidzki, kule itd.), występujących ograniczeniach w poruszaniu się.
4. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (własność, umowa najmu).
5. Zgoda właściciela budynku lub współwłaścicieli na likwidację barier architektonicznych w budynku lub lokalu mieszkalnym.
6. Poświadczenie zameldowania lub kserokopia dowodu osobistego.
7. Udokumentowaną informację o innych źródłach finansowania zadania.

*Prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam pod odpowiedzialnością karną przewidzianą w art. 233 § 1 i § 2 Kodeksu Karnego (Dz.U. z 2019r. poz. 1950).*

*„Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, z siedzibą w Pszczynie ul. Dworcowa 23. Podane dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań wynikających z Ustawy z dn. 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2019r. poz. 1172 ze zm.), Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 roku w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON (Dz.U. z 2015r. poz. 926). Osoba, której dane dotyczą ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich sprostowania, poprawiania i ograniczenia przetwarzania. Podanie danych osobowych w zakresie obowiązujących przepisów ustawowych jest obowiązkowe, w pozostałym zakresie dobrowolne. Obowiązek informacyjny znajduje się na stronie internetowej Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Pszczynie [www.pcprpszczyna.pl](http://www.pcprpszczyna.pl)”*

.....  
(podpis Wnioskodawcy\*/ Przedstawiciela ustawowego\*/Opiekuna prawnego\*/ Pełnomocnika\*)

**Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), Rodzic, Opiekun prawny lub Pełnomocnik**

..... syn/córka\* .....  
*imię (imiona) i nazwisko imię ojca*

seria ..... nr ..... wydany w dniu ..... przez .....  
*dowód osobisty*

nrPESEL..... miejscowość..... ulica.....

nr domu ..... nr lokalu ..... nr kodu ..... - ..... poczta .....

powiat..... województwo..... nr tel./faxu(znrkier.).....

ustanowiony Opiekunem\*/ Pełnomocnikiem\*

.....

\* postanowieniem Sądu Rejonowego ..... z dn. .... sygn. akt .....

\* na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza .....

z dn. .... repet. nr .....

\* niepotrzebne skreślić

**B. Adnotacje przyjmującego wniosek**

.....  
.....

**Załącznik do formularza wniosku w ramach programu likwidacji barier architektonicznych /technicznych/ w komunikowaniu\* w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej w związku z jej indywidualnymi potrzebami**

.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

.....  
Data urodzenia (PESEL) .....

1. Rodzaj niepełnosprawności lub dysfunkcji (niepełnosprawność wnioskodawcy dotyczy)\*

dysfunkcja narządu ruchu z możliwością samodzielnego poruszania się na wózku inwalidzkim	
dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim przy pomocy innych osób	
osoby z dysfunkcją narządu ruchu poruszające się przy pomocy kul, balkonika itp.	
osoby z dysfunkcją narządu ruchu leżące bez możliwości poruszania się	
dysfunkcja narządu ruchu, osoby poruszające się samodzielnie bez pomocy osób trzecich i przyrządów	
dysfunkcja narządu wzroku	
dysfunkcja narządu słuchu lub mowy	
deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe) inne psychiczne	
pozostałe wraz ze schorzeniami sprzężonymi	

2. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, inny sprzęt pomocniczy i ewentualne potrzeby w tym zakresie:

.....  
.....

3. Uzasadnienie potrzeby likwidacji barier architektonicznych/technicznych/w komunikowaniu:

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

(data)  
właściwie zaznaczyć

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)\*