

pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

## WNIOSEK

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

### A. Dane dotyczące wnioskodawcy

.....syn/córka.....  
*nazwisko i imię/imiona* *imię ojca*

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

PESEL .....

Kod. ....-..... poczta ..... województwo/powiat ...../.....

miejscowość ..... ulica ..... nr domu ..... nr lokalu .....

województwo .....nr tel/fax.....

### I.A. Rodzaj niepełnosprawności

1. dysfunkcja narządów ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	
2. inna dysfunkcja narządów ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządów: słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

### I.B. Stopień niepełnosprawności (lub równoważny)

1. znaczny	
2. umiarkowany	
3. lekki	

### II.A. Sytuacja mieszkaniowa - opis budynku i mieszkania

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

\* właściwe zakreślić

## II.B. Sytuacja mieszkaniowa - zamieszkuje

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

## III. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z wnioskodawcą

Imię i Nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Dochód miesięczny
1.	wnioskodawca	
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
<b>R a z e m</b>		

Dochód na osobę w rodzinie wynosi..... złotych.

## IV. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

1. na likwidację barier architektonicznych	
a) nie korzystał	
b) korzystał - podać numer zawartej umowy, cel , datę oraz wysokość przyznanego dofinansowania, a także stan rozliczenia .....	
2. korzystał na inne cele ustawowe i rozliczył się	
3. korzystał na inne cele ustawowe i jest w trakcie rozliczenia	
4. korzystał i nie rozliczył się	

## V. 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	%

## VI. Miejsce realizacji zadania

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

## VII. Cel likwidacji barier architektonicznych.

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

**VIII. Wykaz planowanych przedsięwzięć w celu likwidacji barier i orientacyjny koszt  
(w kolejności od najważniejszego dla Wnioskodawcy)**

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

**IX. Termin rozpoczęcia planowanych prac i przewidywany czas realizacji zadania**

.....  
.....

**X. Przewidywany koszt realizacji zadania.....**

**XI. 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.**

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

**XII. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania.**

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

**XII. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania:**

cyfrą: ..... (słownie: ..... zł)

**Nazwa banku i numer rachunku bankowego.....**

Oświadczam, że posiadam środki własne w wysokości 20 % na pokrycie udziału własnego realizowanego zadania.

Oświadczam, że nie mam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON

Oświadczam, że nie byłem/am/ w ciągu ostatnich 3 lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy zawartej z PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Upředzona/y o odpowiedzialności za podanie informacji niezgodnych z prawdą 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.

#### **XIV. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych.**

Ja, niżej podpisany/a wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji wniosku zgodnie z ustawą o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997r. (Dz. U. z 2018r. poz. 511).

Oświadczam, że zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. 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 119, s. 1) zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dotyczącą ochrony moich danych osobowych.

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy,  
przedstawiciela ustawowego, opiekuna  
prawnego, pełnomocnika)

#### **Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik**

.....syn/córka.....  
*nazwisko i imię/imiona* *imię ojca*

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

PESEL.....NIP.....

nr kodu .....-..... poczta ..... województwo/powiat ...../.....

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

ustanowiony opiekunem/pełnomocnikiem .....  
*(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. ... sygn. akt\*/ na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza ... z dn. ... repert. nr ...)*

#### **Załączniki do wniosku:**

##### **Do I etapu**

- kopia 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,
- udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (własność, umowa najmu),
- zaświadczenie o dochodach wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z wnioskodawcą,
- zgoda właściciela budynku (w koniecznych przypadkach)
- zaświadczenie lekarskie potwierdzające rodzaj dysfunkcji oraz problemy w poruszaniu się w przypadku ich posiadania.

##### **Do II etapu**

- szkic mieszkania
- projekt i kosztorys, pozwolenie na budowę ( w koniecznych przypadkach)

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

....., dnia.....

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
wydane dla potrzeb PCPR we Włocławku  
(dotyczy wniosku na likwidację barier architektonicznych)

Imię i nazwisko pacjenta .....

Data urodzenia .....

1. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt pomocniczy/rehabilitacyjny  
.....  
.....

Pacjent porusza się/nie porusza się na wózku inwalidzkim.\*

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole** ):

<input type="checkbox"/>	narząd ruchu, w zakresie: .....	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	znaczny niedowład obu kończyn dolnych	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	znaczny niedowład obu kończyn górnych	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	jednoczesna dysfunkcja kończyny dolnej i górnej	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	jednoczesna dysfunkcja co najmniej jednej kończyny górnej i kończyn dolnych	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	jednoczesna dysfunkcja kończyn górnych i dolnych	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	narząd wzroku – ubytek wzroku na poziomie powyżej +, - 10,00 dptr	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	inne schorzenia	pieczętka i podpis lekarza

\* o ile dotyczy - niepotrzebne skreślić

....., dnia .....

.....  
(nazwisko i imię)

.....  
(adres)

.....  
(PESEL)

### Oświadczenie

Oświadczam, że wyrażam zgodę na likwidację barier architektonicznych w budynku/mieszkanie, którego jestem właścicielem/współwłaścicielem\*

.....  
(czytelny podpis)

\*/ właściwe podkreślić

## UPOWAŻNIENIE

Ja niżej podpisany ..... zamieszkały w

.....

Legitymujący się dowodem osobistym nr ..... PESEL .....

1. Oświadczam, że do uzyskania informacji o sprawach prowadzonych przez Powiatowe Centrum Pomocy rodzinie we Włocławku oraz składania wniosków, oświadczeń w moim imieniu upoważniam niżej wymienioną bliską mi osobę.

nikogo nie upowazniam<sup>1</sup>

..... PESEL.....  
zam..... (tel. kontaktowy).....

.....  
(podpis petenta, przedstawiciela ustawowego lub faktycznego)

-----  
<sup>1</sup> Zakreślić znakiem X