**Data wpływu: Nr sprawy:**

# WNIOSEK

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

# w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

**Część A – DANE WNIOSKODAWCY**

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY** | |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Imię:** |  |
| **Drugie imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Płeć:** | * mężczyzna  kobieta |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** | |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Rodzaj miejscowości:** | * miasto * wieś |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |

### ADRES KORESPONDENCYJNY

* Taki sam jak adres zamieszkania

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY** | |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Imię:** |  |
| **Drugie imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Płeć:** | * mężczyzna  kobieta |
| **ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO** | |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |
| **Rodzaj miejscowości:** | * miasto * wieś |

|  |  |
| --- | --- |
| **STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** | |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:** | * tak * nie |
| **Stopień niepełnosprawności:** | * Znaczny * Umiarkowany * Lekki * Nie dotyczy |
| **Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:** | * bezterminowo * okresowo – do dnia: |
| **Numer orzeczenia:** |  |
| **Grupa inwalidzka:** | * I grupa * II grupa * III grupa * nie dotyczy |
| **Niezdolność:** | * Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji * Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny * Osoby całkowicie niezdolne do pracy * Osoby częściowo niezdolne do pracy * Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym * Nie dotyczy |
| **Rodzaj niepełnosprawności:** | * 01-U – upośledzenie umysłowe * 02-P – choroby psychiczne * 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu   + osoba głucha   + osoba głuchoniema * 04-O – narząd wzroku   + osoba niewidoma   + osoba głuchoniewidoma * 05-R – narząd ruchu   + wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego   + dysfunkcja obu kończyn górnych * 06-E – epilepsja * 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia * 08-T – choroby układu pokarmowego * 09-M – choroby układu moczowo-płciowego * 10-N – choroby neurologiczne * 11-I – inne * 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:** | * tak  nie |
| **Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):** | * 2 przyczyny * 3 przyczyny |

**ŚREDNI DOCHÓD**

## Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

* indywidualne  wspólne

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy: …………………………………………………………………………………………………………………………………...**

**..Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:……………………….**

## KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

#### Na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych ze środków finansowych PFRON:

* nie korzystałem
* korzystałem

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON** | | | | |
| **Cel dofinansowania** | **Nr umowy** | **Data zawarcia umowy** | **Kwota dofinan- sowania** | **Stan rozliczenia** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

# Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

|  |  |
| --- | --- |
| **PRZEDMIOT WNIOSKU** | |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:** |  |
| **Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):** |  |
| Słownie: |  |
| **Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:** |  |
| Słownie: |  |
| **co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:** |  |
| **Deklarowane środki własne:** |  |
| **Inne źródła finansowania:** |  |

# UZASADNIENIE WNIOSKU

|  |  |
| --- | --- |
| **WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER** | |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:** |  |
| **Miejsce realizacji zadania:** |  |
| **Termin rozpoczęcia:** |  |
| **Przewidywany czas realizacji:** |  |

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

**OPIS PONIESIONYCH NAKŁADÓW**

## FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

* Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Właściciel konta (imię i nazwisko):** |  |
| **Nazwa banku:** |  |
| **Nr rachunku bankowego:** |  |

* Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

|  |  |
| --- | --- |
| **OPIS BUDYNKU I MIESZKANIA** | |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Budynek:** | * dom jednorodzinny, * wielorodzinny prywatny, * wielorodzinny komunalny, * wielorodzinny spółdzielczy |
| **Ilość pięter:** | * budynek parterowy, * piętrowy, * mieszkanie na piętrze (którym?): |
| **Przybliżony wiek budynku lub rok budowy:** |  |
| **Liczba pokoi:** |  + kuchnia,   + łazienka,   + wc |
| **Łazienka jest wyposażona w:** | * wannę, * brodzik, * kabinę prysznicową, * umywalkę |
| **W mieszkaniu jest:** | * instalacja wody zimnej, * ciepłej, * kanalizacja, * centralne ogrzewanie, * prąd, * gaz |
| **Inne informacje o warunkach mieszkaniowych:** |  |

## 

## SYTUACJA ZAWODOWA

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

## OŚWIADCZENIE

**Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił: ……………………… zł.**

**Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:……………… .**

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej   
o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł, a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

**Czy Wnioskodawca posiada zaległości wobec PFRON?** TAK NIE

**Czy Wnioskodawca w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku był stroną umowy zawartej z PFRON   
i rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy ?** TAK NIE

### Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 2345) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku 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, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.**

**Oświadczam, że zapoznałem/łam się z § 9 ust. 4 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz.U. z 2015 r. poz. 926 ze zm.), który stanowi że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Miejscowość* | *Data* | *Podpis Wnioskodawcy* |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA ZAŁĄCZNIKÓW** |
| **Lista** |
| 1. Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych\*, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy kopia orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r. |
| 2. Dokument potwierdzający własność lub użytkowanie wieczyste nieruchomości, w której ma nastąpić likwidacja barier albo zgoda właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego, w którym Wnioskodawca stale zamieszkuje. |
| 3. Zaświadczenie lekarskie – załącznik nr 1 do wniosku. |
| 4. Szkice (rysunki) stan obecny i projektowany z obmiarem. |
| 5. Kosztorys inwestorski przygotowany na podstawie Katalogów Nakładów Rzeczowych (KNR). |
| 6. Projekt i pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach) lub zgłoszenie określone w przepisach prawa budowlanego – o ile dotyczy. |
| 7. Kopia pełnomocnictwa lub postanowienia sądu do reprezentowania Wnioskodawcy – o ile dotyczy. |
| 8. Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych - druk w załączeniu. |

\* ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j Dz.U. z 2021 r. poz. 573 ze zm.)