**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**

|  |
| --- |
| **I. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Imię:** |  |
| **Drugie imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **Imię ojca:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Płeć:** | * mężczyzna  kobieta
 |
| **Dowód osobisty – Seria (o ile dotyczy):** |  |
| **Dowód osobisty – Numer (o ile dotyczy):** |  |
| **Dowód osobisty – Wydany przez (o ile dotyczy):** |  |
| **Dowód osobisty – Data wydania (o ile dotyczy):** |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Rodzaj miejscowości:** | * miasto
* wieś
 |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |

 **II. DANE PODOPIECZNEGO**

* Nie dotyczy

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Imię:** |  |
| **Drugie imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **Imię ojca:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Płeć:** | * mężczyzna  kobieta
 |
| **Dowód osobisty – Seria dowodu:** |  |
| **Dowód osobisty – Numer dowodu:** |  |
| **Dowód osobisty – Wydany przez:** |  |
| **Dowód osobisty – Data wydania:** |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |
| **OPIEKUN USTANOWIONY/USTANOWIONA** |

* Przedstawicielem ustawowym
* Opiekunem prawnym:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Postanowieniem Sądu Rejonowego:** |  |
| **Z dnia:** |  |
| **Sygnatura akt:** |  |

* Pełnomocnikiem, na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Imię i nazwisko:** |  |
| **Z dnia:** |  |
| **Repetytorium nr:** |  |

|  |
| --- |
| **III. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Stopień niepełnosprawności:** | * Znaczny
* Umiarkowany
* Lekki
* Nie dotyczy
 |
| **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
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Osoby w wieku do 16 lat posiadające orzeczenie o niepełnosprawności:** | * Tak
* Nie dotyczy
 |

##  IV. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

* Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
* Inna dysfunkcja narządu ruchu
* Dysfunkcja narządu wzroku
* Dysfunkcja narządu słuchu i mowy
* Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)
* Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia
* Inny / jaki?

##  V. 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?

##  VI. SYTUACJA MIESZKANIOWA – ZAMIESZKUJE

* samotnie
* z rodziną
* z osobami niespokrewnionymi

|  |
| --- |
| **VII. OSOBY POZOSTAJĄCE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z WNIOSKODAWCĄ ORAZ OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI ICH DOCHODÓW****NETTO** |
| Przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych, pomniejszony o obciążenie podatkiem dochodowym 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 gospodarstwiedomowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał (trzy miesiące) poprzedzające miesiąc, w którym składany jest wniosek (netto). |
| **Lp.** | **Stopień pokrewieństwa** |  | **Stopień niepełnosprawności** | **Dochód miesięczny netto** |
|  | Wnioskodawca |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

##  VIII. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

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

* nie korzystałem
* korzystałem

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

#  Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

|  |
| --- |
| **I. 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:** |  |

##  II. UZASADNIENIE

|  |
| --- |
| **III. SYTUACJA MIESZKANIOWA – 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:** |  |

|  |
| --- |
| **IV. 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

**V. OPIS PONIESIONYCH NAKŁADÓW**

 **Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**

|  |
| --- |
| **DANE RACHUNKU BANKOWEGO** |
| na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Numer rachunku bankowego:** |  |
| **Nazwa banku:** |  |

* **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

 **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.

Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444 z późn. zm.) - 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 29 sierpnia 1997r. 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 z późn. 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* |
|  |  |  |

**Załączniki do wniosku:**

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.
5. Kosztorys, projekt i pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach) lub zgłoszenie określone w przepisach prawo budowlane.
6. Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych (druk w załączeniu).
7. Inne……………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..................................

\* ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2020 r. poz. 426 ze zm.)