

Nr sprawy.....

Wniosek kompletny przyjęto w PCPR w Żarach w dniu.....

WNIOSEK

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych
(osoby niepełnosprawne)
na zadanie**

.....

.....

(nazwa zadania)

1. Dane personalne Wnioskodawcy (osoby niepełnosprawnej, której dotyczy wniosek)
(proszę wypełnić drukowanymi literami)

DANE PERSONALNE		ADRES ZAMIESZKANIA	
Imię.....	.....	Kod pocztowy.....	.....
Nazwisko.....	.....	Poczta.....	.....
Data urodzenia.....	.....	Miejscowość.....	.....
NIP.....	.....	Ulica.....	.....
PESEL.....	.....	Nr domu.....nr mieszkania.....	.....
Seria i nr dowodu osobistego.....	.....	Miasto <input type="checkbox"/>	Wieś <input type="checkbox"/>
z dnia.....	.....	Telefon.....	.....
wydany przez.....	.....	
Informacja posiadaniu rachunku bankowego przez Wnioskodawcę			
Nazwa posiadacza rachunku.....			
Nazwa Banku.....		Nr rachunku.....	

2. Dane personalne osoby składającej wniosek w imieniu osoby niepełnosprawnej:

- przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy)
- opiekun prawny (dla osoby ubezwłasnowolnionej)
- lub pełnomocnik Wnioskodawcy (na podstawie pisemnego pełnomocnictwa)

Imię i nazwisko.....

Dowód osobisty: serianr.....wydany w dniu.....

Przez.....

Nr PESEL.....nr NIP.....

Miejscowość.....ulica.....nr domu.....nr lokalu.....

Nr kodu.....poczta.....powiat.....

Województwo.....nr telefonu (z numerem kier.).....

Ustanowiony opiekunem/ pełnomocnikiem.....

(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn.....sygn. akt*/na mocy postanowienia potwierdzonego przez
Notariuszaz dn.....repet nr.....)

5. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON ⁽¹⁾

Czy Wnioskodawca w okresie ostatnich trzech lat korzystał ze środków PFRON na likwidację barier architektonicznych?					Tak	
					Nie	
Nr i data zawartej umowy	Przyznana kwota	Cel (nazwa programu lub zadania)	Termin rozliczenia	Rozliczono kwotę	Źródło: PFRON, samorząd powiatowy, PCPR Starostwo Powiatowe	

Czy Wnioskodawca w okresie ostatnich trzech lat korzystał ze środków PFRON w ramach programów celowych: PEGAZ, Komputer dla Homera, Drogowskaz, pożyczki itp.)					Tak	
					Nie	
Nr i data zawartej umowy	Przyznana kwota	Cel (nazwa programu lub zadania)	Termin rozliczenia	Rozliczono kwotę	Źródło: PFRON	

Czy Wnioskodawca posiada wymagane zobowiązania wobec PFRON	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Kwota zaległości	..... .....
Czy wnioskodawca był stroną umowy zawartej z PFRON rozwiązywanej z przyczyn leżących po stronie wnioskodawcy?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Nr data rozwiązywanej umowy, przedmiot umowy, przyczyna rozwiązania	..... .....

Czy Wnioskodawca posiada uprawnienia kombatanckie ? (informacja dla celów sprawozdawczych)	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Jeżeli tak, to jakie? Kombatant <input type="checkbox"/>	Wdowa po kombatancie <input type="checkbox"/>	

6. Miejsce realizacji zadania (dokładny adres)

.....

7. Cel likwidacji barier architektonicznych (nazwa zadania)

.....

.....

.....

.....

10. Informacja o nakładach dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca, poprzedzającego miesiąc w którym jest składany wniosek

(Uwaga: Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem dofinansowania i zawarciem stosownej umowy o dofinansowanie)

Czy Wnioskodawca poniósł dotychczas nakłady finansowe na realizację wnioskowanego zadania?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Jeżeli tak, to proszę podać wielkość poniesionych nakładów	Ogólna wartość poniesionych nakładów	Źródła finansowania
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

11. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:

- termin rozpoczęcia.....

- przewidywany czas realizacji zadania.....

12. Przewidywany całkowity koszt ogólny realizacji zadania oraz źródła finansowania zadania:

1. Przewidywany całkowity koszt realizacji zadania	.....zł
2. Deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania%
a).....%
b).....%
4. Procent kosztów zadania do pokrycia ze środków PFRON (nie więcej niż 80%)%

13. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania zł:

cyframi.....

(słownie złotych:.....)

14. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą (w tym osoby niepełnosprawne)

L.p.	Imię i nazwisko	Pokrewieństwo	Niepełnosprawność	
			stopień niepełnosprawności /grupa inwalidzka	rodzaj niepełnosprawności

15. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

Oświadczam, że wraz ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostaje.....osób a przeciętny miesięczny dochód we wspólnym gospodarstwie domowym przypadający na jednego członka rodziny, obliczony za rok podatkowy, w którym składany jest wniosek wyniósł.....zł.....gr. (słownie.....)

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach zgodne ze stanem faktycznym. O wszelkich zmianach poinformuje w ciągu 14 dni.

.....
(podpis Wnioskodawcy*, przedstawiciela ustawowego*, opiekuna prawnego*, pełnomocnika*)

Informacja:

Przeciętny miesięczny dochód –średni miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnych, rentowych i chorobowych, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za rok podatkowy poprzedzający rok, w którym składany jest wniosek.

Wnioskodawca zobowiązany jest na zadania Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie dostarczyć dowody potwierdzające wysokość uzyskiwanych dochodów

Uwaga!

W przypadku podania informacji niezgodnych ze stanem rzeczywistym wniosek zostanie przekazany do archiwum bez rozpatrzenia.

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki. W przypadku gdy we wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiednie rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr” czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryki formularza, którego dotyczą.

Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub kopię orzeczenia o grupie inwalidzkiej wydaną przez komisję lekarską do spraw Inwalidztwa i Zatrudnienia lub orzeczenia o niezdolności do pracy wydanego przez lekarza orzecznika ZUS
2. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadkach takich osób.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie stanowiące załącznik do wniosku, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności wystawione przez lekarza specjalistę, wypełnione czytelnie i w języku polskim.
4. Dokument potwierdzający zameldowanie na pobyt stały w lokalu.
5. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (własność, użytkowanie wieczyste, umowa najmu).
6. Zgoda właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego.
7. Oświadczenie o posiadaniu środków na wkład własny.
8. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania, w przypadku częściowego finansowania zadania z innych źródeł.
9. Szkic pomieszczeń, w których na wystąpić likwidacja barier architektonicznych – uwzględniająca stan obecny.
10. Szkic pomieszczeń – uwzględniający stan po likwidacji barier architektonicznych.

W zakwalifikowania wniosku do realizacji dokumentami uzupełniającymi będą:

1. Kosztorys inwestorski (szczegółowy) na zakres prac zakwalifikowanych do realizacji wraz z zestawieniem i wyceną potrzebnych materiałów.
2. Projekt, pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach).
3.
4.

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

o posiadaniu środków na wkład własny

(dotyczy wnioskodawców ubiegających się o dofinansowanie środków PFRON)

dla: **Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Żarach**

celu dofinansowania likwidacji barier architektonicznych

Niniejszym oświadczam, że Ja.....

Zamieszkały(a) w.....

(miejscowość)

ulnr domu.....nr mieszkania.....

posiadam środki finansowe na wkład własny w wysokości wymaganej zasadami zadania

....., data.....

(miejscowość)

.....

(podpis wnioskodawcy)

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

Dnia.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie

Imię i nazwisko pacjenta.....

Adres zamieszkania.....

Data urodzenia.....

Rodzaj niepełnosprawności.....

.....

Czy niepełnosprawność pacjenta powoduje trudności w poruszaniu się?:

Tak Nie

Czy niepełnosprawność powoduje konieczność zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne?

Tak Nie Jeśli tak to jakie?:

oprotezowanie/zaopatrzenie kończyn górnych (jednostronne/obustronne),*

oprotezowanie/zaopatrzenie kończyn dolnych (jednostronne/obustronne),*

wózek inwalidzki kule łokciowe inne

Inne uwagi.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

* właściwie zaznaczyć

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie