

Data wpływu:

Powiatowe Centrum  
Pomocy Rodzinie  
w Suchej Beskidzkiej

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:	
Imię ojca:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	mężczyzna    kobieta

**ADRES ZAMIESZKANIA**

Nazwa pola	Wartość
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	

<b>Poczta:</b>	
<b>Rodzaj miejscowości:</b>	miasto wieś
<b>Nr telefonu:</b>	
<b>Adres e-mail:</b>	

### DANE PODOPIECZNEGO

Nie dotyczy

Nazwa pola	Wartość
<b>Imię:</b>	
<b>Drugie imię:</b>	
<b>Nazwisko:</b>	
<b>Imię ojca:</b>	
<b>PESEL:</b>	
<b>Data urodzenia:</b>	
<b>Płeć:</b>	mężczyzna      kobieta

### ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Wartość
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	
<b>Nr telefonu:</b>	
<b>Adres e-mail:</b>	

### 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:	
Repetitorium nr:	

### 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?

## SYTUACJA MIESZKANIOWA – ZAMIESZKUJE

samotnie  
z rodziną  
z osobami niespokrewnionymi

## 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 gospodarstwie domowym 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.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Stopień niepełnosprawności	Dochód miesięczny netto

## 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 dofinansowania	Stan rozliczenia

## Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

### PRZEDMIOT WNIOSKU

Nazwa pola	Wartość
<b>Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:</b>	
<b>Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):</b>	
Słownie:	
<b>Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:</b>	
Słownie:	
<b>co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:</b>	
<b>Deklarowane środki własne:</b>	
<b>Inne źródła finansowania:</b>	

## UZASADNIENIE

### SYTUACJA MIESZKANIOWA – OPIS BUDYNKU I MIESZKANIA

Nazwa pola	Wartość
<b>Budynek:</b>	dom jednorodzinny, wielorodzinny prywatny, wielorodzinny komunalny, wielorodzinny spółdzielczy
<b>Ilość pięter:</b>	budynek parterowy, piętrowy, mieszkanie na piętrze
<b>Przybliżony wiek budynku lub rok budowy:</b>	
<b>Liczba pokoi:</b>	+ kuchnia, + łazienka, + wc
<b>Łazienka jest wyposażona w:</b>	wannę, brodzik, kabinę prysznicową, umywalkę
<b>W mieszkaniu jest:</b>	instalacja wody zimnej, ciepłej, kanalizacja, centralne ogrzewanie, prąd, gaz
<b>Inne informacje o warunkach mieszkaniowych:</b>	

#### 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:	

#### V. OPIS PONIESIONYCH NAKŁADÓW

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

### 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:	

#### 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. Nr 88, poz. 553, 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.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

### ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	

### LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

#### Lista

1. aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (stopień znaczny, symbol R,N ,O lub stopień umiarkowany symbol R,
2. dokument potwierdzający własność mieszkania/budynku
- 3.informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych/zał. nr 1/
- 4.oświadczenie /zał. nr 2 /

**fakultatywnie :**

- aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności innych osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą/ beneficjentem
- jeśli beneficjent pomocy nie jest właścicielem pisemna zgoda właściciela mieszkania/ budynku na przystosowanie go dla potrzeb osoby niepełnosprawnej
- akt urodzenia dziecka
- dokument potwierdzający opiekę prawną,pełnomocnictwo

Uwaga !

Wypełniając wniosek proszę zakreślić właściwy wybór z podanych opcji.