**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**

|  |  |
| --- | --- |
| **ROLA WNIOSKODAWCY** | |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| **Wnioskodawca składa wniosek:** | * We własnym imieniu * Jako rodzic * Jako opiekun prawny * Jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) * na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie * na mocy pełnomocnictwa niepoświadczonego notarialnie |
| **Postanowieniem Sądu:** |  |
| **Z dnia:** |  |
| **Sygnatura akt:** |  |
| **Imię i nazwisko notariusza:** |  |
| **Repertorium nr:** |  |
| **Zakres pełnomocnictwa:** | * pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie do rozliczenia dofinansowania * do zawarcia umowy * do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku * do złożenia wniosku * inne |

|  |  |
| --- | --- |
| **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:** |  |
| **DAN** | **E 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**  **dofinansowania** | **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:** |  |
| **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:** |  |
| **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. | |

**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:** |  |

* W kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)
* 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.

**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.** | **Plik** | | |
|  |  | | |
|  | **UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU** | | |
| **Lp.** | **Plik** | | |
|  |  | | |
| **LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE** | | | |
| **Lista** | | | |
|  | | | |

**LISTA ZAŁĄCZNIKÓW:**

**1. Dokument stwierdzający niepełnosprawność albo orzeczenie równoważne,**

**2. Dokument stwierdzający niepełnosprawność osób zamieszkujących wspólnie z Wnioskodawcą,**

**3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, jeśli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu (czytelnie w języku polskim),**

**4. Udokumentowana podstawa zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (własność, umowa najmu),**

**5. Zgoda właściciela lokalu lub budynku, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (jeśli dotyczy),**

**6. Szkic pomieszczenia wraz ze wstępną kalkulacją kosztów przygotowane przez wnioskodawcę,**

**7. Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych.**