



pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek



data wpływu kompletnego wniosku

...../ 161 / .....

nr kolejny wniosku /powiat / rok założenia wniosku

## W N I O S E K

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
likwidacji barier architektonicznych w związku  
z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

### Część A : DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

#### I. Dane personalne osoby niepełnosprawnej

..... syn/córka .....  
..... *imię i nazwisko* ..... *imię ojca* .....  
seria ..... nr ..... wydanym przez .....  
PESEL .....  
miejscowość ..... ul. .... nr domu ..... nr lokalu .....  
nr kodu ..... poczta ..... nr telefonu .....  
nazwa banku .....  
nr rachunku bankowego .....

#### II. Stopień niepełnosprawności

<b>1. Znaczny</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>Inwalidzi I grupy</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym , którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny</li></ul>	
<b>2. Umiarkowany</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>Inwalidzi II grupy</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>Osoby całkowicie niezdolne do pracy</li></ul>	
<b>3. Lekki</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>Inwalidzi III grupy</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>Osoby częściowo niezdolne do pracy</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym</li></ul>	
<b>4. Osoby w wieku do 16 lat posiadające orzeczenie o niepełnosprawności</b>	

#### III. Rodzaj niepełnosprawności

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	

3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządu słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy ( upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
7. inny / jaki ?	

#### IV. Sytuacja zawodowa

1. zatrudniony */ prowadzący działalność gospodarczą *	
2. osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca *	
3. bezrobotny poszukujący pracy *	
4. rencista poszukujący pracy *, rencista/ emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy	
5. dzieci i młodzież do lat 18	

#### V. Sytuacja mieszkaniowa - zamieszkuje :

1. samotnie	
2. z rodziną	
3. z osobami nie spokrewnionymi	

#### VI. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą oraz oświadczenie o wysokości ich dochodów netto :

L.p.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Stopień niepełnosprawności	Dochód miesięczny 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).

#### VII. Korzystanie ze środków finansowych PFRON:

1. na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych,	
a) nie korzystałem	
b) korzystałem	
Cel dofinansowania: .....	

Stan rozliczenia: .....

.....

.....

.....

.....

.....

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

5. łazienka jest wyposażona w : wannę", brodzik\*, kabinę prysznicową\*, umywalkę\*;

6.w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej\*, ciepłej\*, kanalizacja\*, centralne ogrzewanie\*, prąd\*, gaz\*;

7. inne informacje o warunkach mieszkaniowych .....

.....

.....

.....

.....

**IV. Wykaz planowanych przedsięwzięć ( inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**miejsce realizacji zadania:** .....

**termin rozpoczęcia:** .....

**przewidywany czas realizacji:** .....

**V. 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 przedstawiciela ustawowego ( dla małoletniego Wnioskodawcy) / opiekuna prawnego/ pełnomocnika \***

Imię (imiona )i nazwisko .....

Legitymujący/a się dowodem tożsamości seria ..... nr ..... wydanym przez .....

.....

PESEL .....

Adres stałego zameldowania .....

Nazwa banku .....

nr rachunku bankowego .....  
Ustanowiony /a Opiekunem prawnym\* /Pełnomocnikiem \*  
• postanowieniem Sądu Rejonowego ..... z dn. .... sygn. akt .....  
• na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza .....  
z dn. .... repet. Nr .....

### 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\*/kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

**Uprowadzony /a 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 PCPR w Pułtusk dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych.

**Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem .**

.....  
*miejscość, data*

.....  
*Podpis wnioskodawcy /przedstawiciela ustawowego\*/  
opiekuna prawnego\*/pełnomocnika \**

*\*niepotrzebne skreślić*

### Załączniki:

#### **Do I etapu:**

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności / stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik,
- 2.Kopia orzeczenia o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z wnioskodawcą, w przypadku takich osób,
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie wydane przez specjalistę stwierdzające schorzenie (**ważne 3 miesiące**)
4. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (własność, umowa najmu),
5. Zaświadczenie o statusie zawodowym / w przypadku osób bezrobotnych zaświadczenie z Urzędu Pracy,
- 6.Kopia decyzji o pobieraniu świadczeń z pomocy społecznej, jeśli takie występują,
7. Zaświadczenia o dochodach wnioskodawcy i osób wspólnie zamieszkałych.

#### **Do II etapu:**

1. Kosztorys,
2. Szkice mieszkania (w koniecznych przypadkach),
3. Projekt i pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach),
- 4.Zgoda właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego na przeprowadzenie likwidacji barier architektonicznych (w koniecznych przypadkach),
5. Oświadczenie pod odpowiedzialnością karną o posiadaniu ....% udziału środków własnych na realizację zadania.