

Data wpływu:

Nr sprawy: PCPR.RN.8374____.20__



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

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: | |
| PESEL: | |
| Data urodzenia: | |

II. ADRES ZAMIESZKANIA

| Nazwa pola | Wartość |
|---------------|---------|
| Miejscowość: | |
| Ulica: | |
| Nr domu: | |
| Nr lokalu: | |
| Kod pocztowy: | |
| Poczta: | |
| Nr telefonu: | |
| Adres e-mail: | |

III. ADRES KORESPONDENCYJNY

Taki sam jak adres zamieszkania

| Nazwa pola | Wartość |
|---------------|---------|
| Miejscowość: | |
| Ulica: | |
| Nr domu: | |
| Nr lokalu: | |
| Kod pocztowy: | |
| Poczta: | |

IV. DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

| Nazwa pola | Wartość |
|-----------------|---------|
| Imię: | |
| Drugie imię: | |
| Nazwisko: | |
| PESEL: | |
| Data urodzenia: | |

V. ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

| Nazwa pola | Wartość |
|---------------|---------|
| Miejscowość: | |
| Ulica: | |
| Nr domu: | |
| Nr lokalu: | |
| Kod pocztowy: | |
| Poczta: | |
| Nr telefonu: | |
| Adres e-mail: | |

VI. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

| Nazwa pola | Wartość |
|--|---|
| Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności: | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |

| | | | | |
|------------------------------------|---|--------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| Stopień niepełnosprawności: | <input type="checkbox"/> Znaczny | <input type="checkbox"/> Umiarkowany | <input type="checkbox"/> Lekki | <input type="checkbox"/> Nie dotyczy |
| Grupa inwalidzka: | <input type="checkbox"/> I grupa | <input type="checkbox"/> II grupa | <input type="checkbox"/> III grupa | <input type="checkbox"/> nie dotyczy |
| Niezdolność: | <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> Nie dotyczy | | | |

VII. ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

indywidualne wspólne

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:.....

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 | Dochód miesięczny netto |
|---------------|-----------------|-----------------------|-------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| RAZEM: | | | |

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 (**RAZEM/liczbę osób**).

VIII. 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

I. PRZEDMIOT WNIOSKU

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

V. 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: | |

Konto Sprzedawcy/Wykonawcy podane na dowodzie zakupu towaru/usługi

VI. OPIS BUDYNKU I MIESZKANIA

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

VII. 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?/opis

VIII. PODPIS

| Miejscowość | Data | Podpis Wnioskodawcy |
|-------------|------|---------------------|
| | | |

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

| | |
|----|---|
| 1. | Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności -lub kopia wypisu z treści orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego, lub orzeczenia o stałej lub długotrwałej niezdolności w gospodarstwie rolnym wydanego przed 1 stycznia 1998 r. (oryginał do wglądu) |
| 2. | Aktualne zaświadczenie lekarskie wystawione czytelnie i w języku polskim, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności - załącznik nr 1 do wniosku |
| 3. | Dokument potwierdzający tytuł do lokalu: a) ksero aktu własności lub użytkowania wieczystego lub b) ksero umowy najmu lub umowy przydziału lokalu - zgodę właściciela lokalu, budynku w którym wnioskodawca stale zamieszkuje - potwierdzenie zameldowania na pobyt stały |
| 4. | <ul style="list-style-type: none"> ● w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej – kserokopie wyroku sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego, ● w przypadku reprezentowania wnioskodawcy przez pełnomocnika – kserokopię pełnomocnictwa notarialnego (oryginał do wglądu) |
| 5. | Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy |
| 6. | Załącznik nr 2 do wniosku - Oświadczenie |

Wszystkie kserokopie dokumentów powinny być potwierdzone za zgodność!

POTWIERDZENIE MUSI ZAWIERAĆ:

- ✓ czytelny podpis lub parafkę osoby potwierdzającej z pieczętka imienną osoby potwierdzającej
- ✓ pieczętka nagłówkową instytucji potwierdzającej
- ✓ datę potwierdzenia