

Data wpływu.....

Imię i nazwisko:.....

ul.....

kod miejscowość:.....

Wniosek
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH
I URBANISTYCZNYCH
w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

ON-8215/1/...../.....

Uwaga:

W przypadku odbioru środków finansowych w kasie PCPR w Rybniku prosimy o okazanie **oryginału** pełnomocnictwa notarialnego, postanowienia sądu o ustanowieniu kuratora dla osoby niepełnosprawnej niezdolnej do złożenia podpisu lub upoważnienie potwierdzone przez wójta, burmistrza.

WNIOSEK OBOWIĄZUJE OD 02.01.2017 R.

.....
pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

.....
data wpływu kompletnego wniosku (dzień, miesiąc, rok)

ON-8215/1/...../.....

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych **LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH I URBANISTYCZNYCH** w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

1. Dane dotyczące Wnioskodawcy *(proszę wypełnić drukowanymi literami wszystkie rubryki)*

Imię i Nazwisko tel.
Data urodzenia Syn / córka *(Imię ojca)*
Seria i numer dowodu osobistego Dowód wydany w dniu
przez Nr PESEL
Adres stałego zameldowania: kod
powiat województwo
nr tel./faxu (z nr. Kier.)
Adres zamieszkania:

2. Stopień niepełnosprawności *(właściwie zaznaczyć)*

1. ZNACZNY	
• Inwalidzi I grupy, osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji,	
• osoby w wieku do lat 16 (w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat), którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
2. UMIARKOWANY	
• inwalidzi II grupy, osoby całkowicie niezdolne do pracy,	
3. LEKKI	
• pozostali inwalidzi III grupy, osoby częściowo niezdolne do pracy,	

Ważne do.....

3. Rodzaj niepełnosprawności *(właściwie zaznaczyć)*

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia (jaka ?)	

4. Sytuacja zawodowa *(właściwie zaznaczyć)*

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

5. dzieci i młodzież do lat 18

5. Sytuacja mieszkaniowa - warunki mieszkaniowe (wypełnia pracownik Centrum)

1. złe	
2. przeciętne	
3. dobre	
4. bardzo dobre	

6. Sytuacja mieszkaniowa - opis budynku i mieszkania

1. dom jednorodzinny / wielorodzinny prywatny / wielorodzinny komunalny / wielorodzinny spółdzielczy*, inne.....
2. budynek parterowy / piętrowy*, mieszkanie na(podać kondygnację)
3. przybliżony wiek budynku lub rok budowy
4. opis mieszkania: liczba pokoi....., z kuchnią / bez kuchni*, z łazienką / bez łazienki*, z wc / bez wc*
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

7. Sytuacja mieszkaniowa - zamieszkuje (właściwie zaznaczyć)

1. samotnie	
2. z rodziną	
3. z osobami niespokrewnionymi	

8. Oświadczenie o miesięcznych dochodach Wnioskodawcy i osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym (w tym osoby niepełnosprawne)

Imię i nazwisko – pokrewieństwo	Źródło dochodu	Średni miesięczny dochód netto z ostatnich 3 m-cy
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
Razem dochody na jednego członka rodziny		

9. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (właściwie zaznaczyć)

1. na likwidację barier urbanistycznych i architektonicznych	
a) nie korzystałem	
b) korzystałem (w tym ze środków przyznanych przez PFRON)	
2. korzystałem na inne cele ustawowe i rozliczyłem się	
3. korzystałem na inne cele ustawowe i jestem w trakcie rozliczenia	
4. korzystałem i nie rozliczyłem się	

10. Informacja o ewentualnym dofinansowaniu z innych źródeł, przeznaczonych na ten cel.....

* Niepotrzebne skreślić

11. Cel likwidacji barier architektonicznych (urbanistycznych)

.....
.....
.....
.....
.....

12. Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier i orientacyjny koszt.

.....
.....
.....
.....
.....

Przewidywany koszt realizacji zadania brutto (100%).....zł:

(słownie:

.....

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem/kosztom wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł, a przyznaną ze środków PFRON kwotą dofinansowania.

Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

Wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych PCPR w Rybniku zgodnie z ustawą z dn. 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (DZ.U. Z 2002 r. Nr 101 poz. 926 i Nr 153, poz.1271).

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Proszę o przekazanie dofinansowania na:

Nr konta.....

(nazwa banku i numer konta bankowego)

konto wskazane w fakturze

w kasie PCPR Rybnik

.....

(podpis Wnioskodawcy / przedstawiciela ustawowego / opiekuna prawnego / pełnomocnika*)

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik:

Imię i Nazwisko tel.
Data urodzenia Syn / córka (Imię ojca)
Seria i numer dowodu osobistego..... Dowód wydany w dniu
przez
Nr PESEL Adres stałego zameldowania.....
..... kod
powiat województwo
ustanowiony opiekunem /pełnomocnikiem*
(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. sygn. akt* / na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego
przez Notariusza z dn. repet. Nr

.....
podpis wnioskodawcy

Załączniki do wniosku:

Do I etapu:

1. Kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu.(czytelne i w j. polskim)
4. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (własność, umowa najmu),
5. Zaświadczenie*/ oświadczenie* o dochodach Wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą.
6. Zgoda właściciela budynku lub lokalu mieszkalnego
7. Pełnomocnictwo notarialne bądź postanowienie Sądu o ustanowienie kuratora dla osoby niepełnosprawnej niezdolnej do złożenia podpisu lub upoważnienie potwierdzone przez wójta, burmistrza do odbioru środków finansowych

* Niepotrzebne skreślić

Do II etapu:

1. Inwentaryzacja pomieszczeń, w których ma nastąpić likwidacja barier
2. Projekt i kosztorys, pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach) lub zgłoszenie.
3. Przyjęte pełnomocnictwo inwestora zastępczego.
4.
5.
6.
7.

Wypełnia Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Rybniku

II. Opinia merytoryczna dotycząca poprawności rozwiązań technicznych i kosztów likwidacji barier:

Etap I:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
(data i podpis)

Etap II:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
(data i podpis)

III. Decyzja o przyznaniu dofinansowania

.....
.....
.....

(data i podpis)

Miejscowość i data.....

pieczęć przychodni

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
dotyczące likwidacji barier

Niniejszym zaświadcza się, że Pan/Pani.....

zam.....

PESEL.....

Rodzaj trudności i ograniczeń.....

.....

.....

Używane zaopatrzenia ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny:

.....

.....

.....

(podpis i pieczęć lekarza)

* Lekarz rodzinny/lekarz specjalista