…………………………… ……………………………….

 Nr sprawy Data wpływu wniosku

#

#  Pieczęć i podpis pracownika …………………………

# W N I O S E K

**o udzielenie dofinansowania ze środków PFRON na likwidację**

**barier architektonicznych dla osób niepełnosprawnych**

(proszę wypełnić czytelnie drukowanymi literami)

## **1. DANE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSEK:**

Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………………………………….

Data urodzenia: \_\_\_\_\_- \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PESEL: ………………………………………….

ADRES ZAMIESZKANIA:

Ulica/nr domu/mieszkania: ……………………………………………………………………………………….

Kod …….-……… Miejscowość………………………………………………………………………………….

Telefon……………………………………………. e-mail……………………………………………………….

**2. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/ OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA** (wypełnić jeśli dotyczy)

Imię i nazwisko:……………………………………………………………………………………………..

PESEL:………………………………………………………………………………………………………

Dowód osobisty: seria …….. nr………….. wydany w dniu ……………….przez…………………………

ADRES ZAMIESZKANIA:

Ulica/nr domu/mieszkania ……………………………………………………………………………………….

Kod …….-……… Miejscowość………………………………………………………………………………….

Telefon……………………………………………. e-mail……………………………………………………….

**3. STOPIŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:** ………………………………………………………………………

ORGAN WYDAJĄCY DECYZJĘ O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI: …………………………………

 ………………………………………………………………………………………………….…………

**4. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (zaznacz właściwe)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim |  |
| 2 | Inna dysfunkcja narządów ruchu (jaka?) …………………………………….…………………… |  |
| 3 | Dysfunkcja narządu wzroku |  |
| 4 | Dysfunkcja narządów słuchu i mowy |  |
| 5 | Deficyt rozwojowy(upośledzenie umysłowe) |  |
| 6 | Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia |  |
| 7 | Inna niepełnosprawność (jaka?) ………………………………………………………………… |  |

**5. SYTUACJA ZAWODOWA (zaznacz właściwe)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Zatrudniony\*/ prowadzący działalność gospodarczą\* |  |
| 2 | Osoba w wieku od lat 18 do 26 ucząca się lub studiująca |  |
| 3 | Bezrobotny poszukujący pracy\*/ rencista poszukujący pracy\* |  |
| 4 | Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy |  |
| 5 | Dzieci, młodzież do lat 18 |  |

**6. SYTUACJA MIESZKANIOWA – opis miejsca likwidacji barier architektonicznych:**

 Adres miejsca likwidacji barier architektonicznych ……………………………………………………………

**Rodzaj mieszkania (zaznacz właściwe)**

|  |  |
| --- | --- |
| dom jednorodzinny |  |
| wielorodzinny prywatny |  |
| wielorodzinny komunalny |  |
| wielorodzinny spółdzielczy |  |

**Opis mieszkania: (zaznacz właściwe)**

|  |  |
| --- | --- |
|  Liczba pokoi |  |
|  Metraż |  |
|  Piętro |  |
|  Winda | TAK NIE |
|  Kuchnia | TAK NIE |
|  Łazienka | TAK NIE |

**Wyposażenie mieszkania: ( zaznacz właściwe)**

 woda ciepła woda zimna WC centralne ogrzewanie gaz piec

**Łazienka posiada:** wannę brodzik kabinę prysznicową umywalkę WC

inne informacje o warunkach mieszkaniowych……………………………………………………………………. ..…………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

**7. OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA ZAMIESZKUJE (zaznacz właściwe):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 |  samotnie |  |
| 2 |  z rodziną |  |
| 3 |  z osobami nie spokrewnionymi |  |

**8. INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON (zaznacz właściwe)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy osoba niepełnosprawna korzystała ze środków PFRON | TAK: | NIE: |
| Lp | Nr i data zawarcia umowy | Kwota | Cel umowy | Data przyznanego dofinansowania | Stan rozliczenia |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 **9. INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA:**

* Cel likwidacji barier architektonicznych:

………………..…………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* Przedmiot dofinansowania – szczegółowy wykaz materiałów związanych z likwidacją barier architektonicznych i ich przewidywany koszt:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot dofinansowania**  | **Kwota** |
| **1** |  |  |
| **2** |  |  |
| **3** |  |  |
| **4** |  |  |
| **5** |  |  |
| **6** |  |  |
| **7** |  |  |
| **8** |  |  |
| **9** |  |  |
| **10** |  |  |
|  |  **RAZEM:** |  |

* Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

………………………………………………………………………………………………………………….

* Nakłady dotychczas poniesione na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc złożenia wniosku, wraz z podaniem źródeł finansowania

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

* Wysokość wnioskowanego dofinansowania w zł.

………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………….

**10. INFORMACJA O POSIADANYM RACHUNKU BANKOWYM:**

* Posiadam/ nie posiadam rachunek bankowy.
* Nazwa banku ………………………………………….
* Numer rachunku bankowego:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**11. OŚWIADCZEBIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW**

 Oświadczam że, przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielny przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosi: …………………………………... zł.

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

**12. DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ:**

* kopię orzeczenia lub kopię wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt. 1a lub art. 62 ustawy, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r.,
* aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności i uzasadniające potrzebę likwidacji barier (wystawione czytelnie, w języku polskim zgodnie z załącznikiem do wniosku),
* udokumentowaną podstawę prawną zamieszkiwania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych,
* zgodę właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego, w którym stale zamieszkują (dotyczy osób nie będących właścicielami lub użytkownikami wieczystymi nieruchomości) na wykonanie wnioskowanych prac,
* oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym,
* w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej – kserokopię zaświadczenia lub wyroku Sadu o ustanowieniu opiekuna prawnego,
* w przypadku reprezentowania osoby niepełnosprawnej przez pełnomocnika – kserokopię pełnomocnictwa poświadczonego przez notariusza.

**OŚWIADCZAM, ŻE:**

* nie mam zaległości wobec PFRON oraz że nie byłam/em w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
* posiadam środki finansowe w wysokości wystarczającej na pokrycie udziału własnego w realizacji zadania,
* wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeby realizacji dofinansowania, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1182 z późn. zm.),

 ……………………………………………………………………………………………………………

 *Data i podpis wnioskodawcy (osoby niepełnosprawnej\* lub jej pełnomocnika\*, przedstawiciela ustawowego\*,*

*opiekuna prawnego\*)*

\*niepotrzebne skreślić

………………………………dn. …………………

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

WYDANE DLA POTRZEB PFRON

**(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)**

Imię i nazwisko pacjenta ………………………………………………………...……….…………………

Data urodzenia………………………………………………………………………………………............

Adres zamieszkania………………………………………………………………………………….............

**1. rozpoznanie choroby zasadniczej:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**2. przebieg schorzenia podstawowego, stadium zaawansowania choroby:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**3. uszkodzenia inny narządów i układów, choroby współistniejące:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**4. ocena wyników leczenia, rokowania (możliwość poprawy), dalsze leczenie, rehabilitacja:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**5. używane zaopatrzenie ortopedyczne, sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**6. uzasadnienie konieczności likwidacji barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osoby niepełnosprawnej[[1]](#footnote-2)\***

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………........................................ ……………………………………………………………………………………………………................

……………………………………………………………………………………………………................

…………………………………………………………

Stempel i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

1. \* uzupełnić, gdy niepełnosprawny ubiega się o likwidację w/w barier [↑](#footnote-ref-2)