

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych i urbanistycznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

(Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu)

A. Dane dotyczące wnioskodawcy (wypełnić drukowanymi literami)

.....data urodzenia.....
nazwisko i imię/ imiona

seria nr wydany w dniu.....przez.....
dowód osobisty

nr PESEL

nr kodu-..... miejscowość

ulica nr domunr lokalu

dzielnica telefon stacjonarny

telefon komórkowyE-mail.....

I. Wniosek składam (1)

| | |
|--|--|
| 1. po raz pierwszy | |
| 2. po raz kolejny – wpisać rok złożenia ostatniego wniosku | |

ORZECZENIE : czasowe do dnia, stałe

II. A. Rodzaj niepełnosprawności (1)

| | |
|---|--|
| 1. dysfunkcja narządów ruchu : | |
| a) poruszam się na wózku inwalidzkim | |
| b) poruszam się o kulach | |
| c) poruszam się przy balkoniku | |
| d) wrodzony brak lub amputacja dłoni lub rąk | |
| e) inna dysfunkcja narządu ruchu | |
| 2. dysfunkcja narządów wzroku | |
| 3. dysfunkcja narządów słuchu i mowy | |
| 4. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe) | |
| 5. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia | |

II. B. Stopień niepełnosprawności (1)

| | |
|-------------------------------------|--|
| 1. znaczny (inwalida I grupy) | |
| 2. umiarkowany (inwalida II grupy) | |
| 3. lekki (inwalida III grupy) | |

III . Sytuacja zawodowa (1)

| | |
|---|--|
| 1. zatrudniony* / prowadzący działalność gospodarczą* | |
| 2. młodzież od 18 do 24 lat, 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 18 lat | |

(1) wstaw X we właściwej rubryce

* niepotrzebne skreślić

IV. A. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i mieszkania , w którym ma zostać zrealizowane zadanie.

- dom jednorodzinny*, wielorodzinny komunalny*, wielorodzinny prywatny* wielorodzinny spółdzielczy*/własnościowy, inne*
- budynek parterowy*, piętrowy*, mieszkanie na(podać kondygnacje) o powierzchnim²
- przybliżony wiek budynku lub rok budowy.....
- opis mieszkania: pokoje (podać liczbę), z kuchnią*, bez kuchni*, z łazienką*, bez łazienki*, z wc*, bez 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.....
.....
.....
.....

IV.B. Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje(1)

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

IV.D. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z wnioskodawcą

| Nazwisko i imię | wiek | pokrewieństwo | niepełnosprawność | | dochód miesięczny netto |
|-----------------|------|---------------|-------------------|-----------|-------------------------|
| | | | stopień(2) | rodzaj(3) | |
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |
| 6. | | | | | |

V. Przeciętny dochód miesięczny na osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy

Liczba osób w gospodarstwie domowym
(podać liczbę)

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 **wynosi na osobę**
(podać kwotę miesięcznie)

VI. Korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej

Czy wnioskodawca i/lub osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym korzystają ze świadczeń z Ośrodka Pomocy Społecznej*: TAK NIE

Jeśli tak to w jakiej formie:.....

(1) wstaw X we właściwej rubryce (3) wstaw właściwe oznaczenia z tabeli II.A.
(2) wstaw właściwe oznaczenia z tabeli II.B. * niepotrzebne skreślić

VII. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (1)

Oświadczam, że nie korzystałam(em) ze środków PFRON
(na likwidację barier architektonicznych)

Korzystałam(em) ze środków PFRON na:

| przedmiot dofinansowania/ zakres prac objętych umową / cel umowy | data otrzymania /nr umowy | kwota dofinansowania | dofinansowanie zostało | |
|--|---------------------------|----------------------|------------------------|---------------|
| | | | rozliczone | nierozliczone |
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |

VIII. Deklarowany udział własny wnioskodawcy i/lub sponsora

| | |
|--|---|
| 1. deklarowany przez wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania – ponadobowiązkowe 20% | % |
| 2. deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania sponsorem będzie..... | % |

IX. Dane informacyjne o wnioskodawcy (1)

| Wykształcenie | zaznacz właściwe | Rodzaj źródła utrzymania | zaznacz właściwe |
|---------------------------|------------------|---------------------------------------|------------------|
| niepełne podstawowe | | wynagrodzenie za pracę | |
| podstawowe | | przychody z działalności gospodarczej | |
| zawodowe | | renta stała*/emerytura* | |
| średnie ogólnokształcące | | renta okresowa | |
| średnie zawodowe | | renta szkoleniowa | |
| policealne | | zasilek dla bezrobotnych | |
| wyższe | | zasilek socjalny | |
| wyższe z tytułem naukowym | | stypendium | |
| | | alimenty*/ inne* | |

X. Przedmiot dofinansowania.

Wykaz planowanych przedsięwzięć w celu likwidacji barier i orientacyjny koszt (w kolejności od najważniejszego dla wnioskodawcy)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

przewidywany koszt realizacji zadania (jeśli koszt jest znany)

planowany termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

XI. Cel dofinansowania.

Uzasadnienie wnioskowanych przedsięwzięć

.....

.....

.....

.....

.....

(1) wstaw X we właściwej rubryce

* niepotrzebne skreślić

XII. Informacje 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 (o ile dotyczy).

XIII. Nazwa banku i numer konta (podać po przyznaniu dofinansowania i podpisaniu umowy)

Upředzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1,2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (t.j.Dz. U. 2016 poz.1137) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach 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 osobowych zawartych we wniosku, w bazie danych Warszawskiego Centrum Pomocy Rodzinie dla potrzeb niezbędnych do realizacji dofinansowania na likwidację barier architektonicznych zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U 2016 poz. 922).

.....
podpis wnioskodawcy* przedstawiciela ustawowego*
opiekuna prawnego* pełnomocnika*

Przedstawiciel ustawy (dla małoletniego wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik

.....
nazwisko i imię/imiona

seria nr wydany w dniu przez
dowód osobisty

nr PESEL

nr kodu-..... miejscowość

ulica nr domunr lokalu

ustanowiony opiekunem*/ pełnomocnikiem*

(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. sygn. akt*/ na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dn. ... repet. nr)

*niepotrzebne skreślić

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

- kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, w przypadku dzieci do lat 16 – orzeczenie o niepełnosprawności,
- aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, jeśli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu,
- kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą,
- udokumentowana podstawa zameldowania w lokalu w którym, ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (własność, umowa najmu),
- kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – dotyczy opiekuna prawnego,
- zaświadczenie o dochodach wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z wnioskodawcą z ostatnich trzech miesięcy, poprzedzających miesiąc, w którym składany jest wniosek,
- kopia decyzji o przyznaniu zasiłku pielęgnacyjnego w przypadku jego pobierania,
- kopia decyzji o przyznaniu świadczeń pomocy społecznej, jeśli takie występują,
- zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy,
- dokumenty potwierdzające finansowanie zadania z innych źródeł – w przypadku, gdy takie występują.