**RS-616- /**

## **WNIOSEK**

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania**

**osoby niepełnosprawnej**

**-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

***UWAGA!!! ROZPOCZĘCIE PRAC WRAZ Z ZAKUPEM KONIECZNYCH MATERIAŁÓW DOKONYWANE JEST PO PODPISANIU UMOWY OBEJMUJĄCEJ ZAKRES DOFINANSOWANIA***

**I. Dane dotyczące Wnioskodawcy**

............................................................................................................. PESEL ........................................................

*(imię i nazwisko/ w przypadku osoby, która nie ukończyła 18 roku życia należy wpisać jej dane)*

**telefon** ............................................................

**Adres zamieszkania:** miejscowość ............................................ ulica ......................................  
nr domu ............... nr lokalu........... nr kodu ........-.............. poczta .............................................

**GMINA** …………………………………………………………...

**Adres zameldowania:** miejscowość ........................................... ulica ….................................  
nr domu ............... nr lokalu...........nr kodu ........-.............. poczta .............................................

# INFORMACJE O WNIOSKODAWCY

**Posiadane orzeczenie:**

**1)**. o stopniu niepełnosprawności **Znacznym Umiarkowanym Lekkim**

**2)**. o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów **I II III**  
**3)**. o całkowitej/ częściowej niezdolności do pracy/ niezdolności do samodzielnej egzystencji/   
o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym/

**4)**. o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia

### II. Rodzaj niepełnosprawności ¹

|  |  |
| --- | --- |
| 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 narządu słuchu\* i mowy\* |  |
| 5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe) |  |
| 6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia |  |

### III. Sytuacja zawodowa ¹

|  |  |
| --- | --- |
| 1. zatrudniony\*/ prowadzący działalność gospodarczą\* |  |
| 2. osoba w wieku powyżej 16 roku życia, ucząca się w systemie szkolnym\* lub studiująca\* |  |
| 3. bezrobotny zarejestrowany w PUP aktywnie poszukujący pracy\*/ rencista poszukujący pracy\* |  |
| 4. rencista\*/ emeryt\* nie zainteresowany podjęciem pracy |  |
| 5. osoba niepełnosprawna do 16 roku życia |  |

### IV. Korzystanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych¹

|  |  |
| --- | --- |
| 1. rodzaj zadania: | |
| 1.1 nie korzystałem |  |
| 1.2. korzystałem |  |
| a) przedmiot dofinansowania | |
| b) data otrzymania dofinansowania/ numer Umowy | |
| c) kwota dofinansowania [zł] | |
| 2. rozliczyłem się |  |
| 3. korzystałem i nie rozliczyłem się |  |

V. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i mieszkania

1. dom jednorodzinny\*, wielorodzinny prywatny\*, wielorodzinny komunalny\*, wielorodzinny spółdzielczy\*,
2. inne\*........................................................................................................................................
3. budynek parterowy\*, piętrowy\*, mieszkanie na ................................................... (proszę podać kondygnację)
4. przybliżony wiek budynku lub rok budowy .......................................................
5. opis mieszkania: pokoje .......... (podać liczbę), z kuchnią\*, bez kuchni\*, z łazienką\*, bez łazienki\*, z wc\*, bez wc\*
6. łazienka jest wyposażona w: wannę\*, brodzik\*, kabinę prysznicową\*, umywalkę\*
7. w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej\*, ciepłej\*, kanalizacja\*, centralne ogrzewanie\*, prąd\*, gaz\*
8. inne informacje o warunkach mieszkaniowych

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

**VI. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą** (w tym osoby niepełnosprawne)

|  |  |
| --- | --- |
| POKREWIEŃSTWO | Dochód miesięczny  netto (zł) |
| 1. – **WNIOSKODAWCA** |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |
| 6. |  |
| 7. |  |
| 8. |  |
| 9. |  |

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych**²**, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony   
  
za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił………………………złotych

*¹ wstawić X we właściwej rubryce*

*²Ustawa z dnia 28.11.2003 roku o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2018 r., poz. 2220 t. j.)*

*\* niepotrzebne skreślić*

**VII. Cel dofinansowania i miejsce realizacji zadania**

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

### VIII. Uzasadnienie składanego wniosku:

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

**IX. Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier architektonicznych i orientacyjny koszt realizacji zadania wg Załącznika Nr 1 do wniosku.**

**X. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:** .......................................................................................................................................................

**XI. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania:**  ...................................................... zł. (słownie: .................................................................................................................................. zł)

**co stanowi do 95% wartości wnioskowanych prac.**

**XII. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz   
z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania:**

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

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

**XIII. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:**

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

**XIV. Informacje o ewentualnym dofinansowaniu z innych źródeł:**

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

*Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am\* stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie (§ 9 ust. 1. Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 roku w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych - Dz.U.2015.926 j.t.)*

Ja niżej podpisany/a pouczony/a o odpowiedzialności karnej z art.233 par.1 kodeksu karnego\* za składanie fałszywych zeznań, składam stosownie do art. 75 par. 2 kpa oświadczenie, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

\*Art.233 par.1 kk – Kto, składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

*W przypadku złożenia fałszywych zeznań kwota dofinansowania ze środków PFRON do likwidacji barier architektonicznych podlega zwrotowi.*

Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a, że złożony przeze mnie wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych zostanie rozpatrzony po otrzymaniu przez PCPR informacji o wysokości środków finansowych przypadających na realizację w roku bieżącym zadań z zakresu rehabilitacji społecznej.

***Oświadczam, że o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować PCPR w Krakowie w ciągu 14 dni.***

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

data **(podpis Wnioskodawcy\*, przedstawiciela ustawowego\***

**opiekuna prawnego\*, pełnomocnika\*)**

**Przedstawiciel ustawowy dla małoletniego Wnioskodawcy, opiekun prawny lub pełnomocnik**

.................................................................................................................... syn/ córka .............................................

*imię i nazwisko*

nr PESEL ........................................................................ adres zamieszkania**:** miejscowość ................................... ................................................. ulica ................................................ nr domu .......................... nr lokalu……….....

nr kodu ......-............ poczta ....................................................... powiat ....................................................................

województwo ..............................................................................nr tel./faxu ............................................................

ustanowiony Opiekunem\*/ Pełnomocnikiem\* ...........................................................................................................

\*postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. ................................... sygn. Akt ............................................................

\* na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza ................................................................................. z dn. .............................................. repet. nr ............................................. )

### *¹ wstawić X we właściwej rubryce*

\* *niepotrzebne skreślić*

***Załączniki do wniosku:***

1. Kopię posiadanego orzeczenia lub wypisu z treści orzeczenia:

o stopniu niepełnosprawności lub o zaliczeniu do jednej z trzech grup inwalidów lub o całkowitej/ częściowej niezdolności do pracy/ o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym ***(wydane przed dniem 1 stycznia 1998r.)*/** i niezdolności do samodzielnej egzystencji, niezdolności do samodzielnej egzystencji lub niepełnosprawności przed ukończeniem 16 roku życia - **oryginał do wglądu;**

1. Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier architektonicznych i orientacyjny koszt realizacji zadania - Załącznik Nr 1 do wniosku;
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o ograniczeniach i rodzajach niepełnosprawności powodujących utrudnienia w codziennym funkcjonowaniu - Załącznik Nr 2 do wniosku;
3. Numer elektroniczny księgi wieczystej;

W przypadku braku numeru elektronicznego księgi wieczystej kserokopia aktualnego odpisu z ksiąg wieczystych (ważna trzy miesiące) - **oryginał do wglądu**.

1. Pisemna zgoda właściciela lokalu/budynku na wykonanie prac w ramach likwidacji barier architektonicznych;
2. Oświadczenie o miejscu pobytu stałego - Załącznik Nr 3 do wniosku;
3. Szkic pomieszczeń, których dotyczy likwidacja barier architektonicznych (z podaniem ich wymiarów, obecnego i projektowanego układu funkcjonalnego) – Załącznik Nr 4 do wniosku.
4. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych wraz z potwierdzeniem otrzymania informacji o przetwarzaniu danych osobowych – Załącznik nr 5 do wniosku.

…………………………………………….. ………………… dnia ……………….

(imię, nazwisko właściciela lokalu/budynku)

…………………………………………….

(adres)

Wyrażam zgodę na likwidacje barier architektonicznych w moim domu,   
  
……………………………………… w którym mieszka ……………………………………..

(adres)

…………………………………………………..

**(czytelny podpis właściciela lokalu/ budynku)**

**Złożono wniosek: kompletny/niekompletny\***

Data i podpis pracownika merytorycznego sprawdzającego pod względem formalnym wniosek:………………...

Brakujące dokumenty: ……………………………………………………………………………………………

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