

**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   | <b>Znacznym</b> | <b>Umiarkowanym</b> | <b>Lekkim</b> |
| 2). o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów  | <b>I</b>        | <b>II</b>           | <b>III</b>    |
| 3). o całkowitej/ częściowej niezdolności do pracy/ niezdolności do samodzielnej egzystencji/<br>o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym/ |                 |                     |               |
| 4). o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia  |                 |                     |               |

**II. Rodzaj niepełnosprawności <sup>1</sup>**

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 <sup>1</sup>**

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 Niepełnosprawnych<sup>1</sup>**

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)**

Imię i nazwisko – POKREWIEŃSTWO	Dochód miesięczny netto (zł)
1. <b>– WNIOSKODAWCA</b>	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych<sup>2</sup>, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony

za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił..... złotych

<sup>1</sup> wstawić X we właściwej rubryce

<sup>2</sup> Ustawa z dnia 28.11.2003 roku o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2016 r., poz. 1518 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**

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....
- 4) .....
- 5) .....
- 6) .....
- 7) .....
- 8) .....
- 9) .....
- 10) .....


**Razem**

**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 pouczone/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.*

Wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich/ dziecka danych osobowych, w bazie danych PCPR w Krakowie dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji ww. zadania, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych ( Dz. U. z 2016 poz. 922 j. t.).

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 2017 roku zadań z zakresu rehabilitacji społecznej.

**Oświadczam, że o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje 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

seria ..... nr ..... wydany w dniu ..... przez .....  
dane z dowodu osobistego

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 potwierzonego przez Notariusza .....

z dn. .... repet. nr ..... )

<sup>1</sup> 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;**
2. Kopię posiadanego orzeczenia lub wypisu z treści orzeczenia w przypadku osób niepełnosprawnych mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą – **oryginał do wglądu;**
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o ograniczeniach i rodzajach niepełnosprawności powodujących utrudnienia w codziennym funkcjonowaniu (strona 6 wniosku);
4. Kserokopia dowodu osobistego Wnioskodawcy/Przedstawiciela ustawowego – **oryginał do wglądu;**
5. Numer elektroniczny księgi wieczystej;

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

6. Pisemna zgoda właściciela lokalu/budynku na wykonanie prac w ramach likwidacji barier architektonicznych;
7. Szkic pomieszczeń, których dotyczy likwidacja barier architektonicznych (z podaniem ich wymiarów, obecnego i projektowanego układu funkcjonalnego)

..... dnia .....

(imię, nazwisko właściciela lokalu/budynku)

.....

(adres)

Wyrażam zgodę na likwidację 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: .....

.....