

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w

...../...../.....
numer kolejny wniosku / powiat / rok złożenia

.....
(pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek
rok)

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

WNIOSEK

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

A. Dane dotyczące wnioskodawcy (wypełnić drukowanymi literami)

.....syn/córka.....
nazwisko i imię / imiona imię ojca

seria nrwydany w dniuprzez.....
dowód osobisty

nr PESEL.....nr NIP

nr kodu -pocztawojewództwo / powiat/
dokładny adres

miejsowość ulicanr domu nr lokalu

Tel nr

I.A. Rodzaj niepełnosprawności ¹

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

I.B. Stopień niepełnosprawności ¹

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

II. Sytuacja zawodowa ¹

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

¹ wstawić „X” we właściwej rubryce
* niepotrzebne skreślić

III. Wykształcenie¹

1. niepełne podstawowe	
2. podstawowe	
3. zawodowe	
4. średnie ogólnokształcące	
5. średnie zawodowe	
6. policealne	
7. wyższe	
8. wyższe z tytułem naukowym	

IV. Rodzaj źródła utrzymania¹

1. wynagrodzenie za pracę	
2. przychody z działalności gospodarczej	
3. renta stała*/emerytura*	
4. renta okresowa	
5. renta szkoleniowa	
6. zasiłek dla bezrobotnych	
7. zasiłek socjalny	
8. stypendium	
9. alimenty*/inne*	

III.A. Sytuacja mieszkaniowa – warunki mieszkaniowe (wypełnia pracownik Centrum)²

1. zle	
2. przeciętne	
3. dobrze	
4. bardzo dobre	

III.B. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i mieszkania

- dom jednorodzinny*, wielorodzinny prywatny*, wielorodzinny komunalny*, wielorodzinny spółdzielczy*, inne*.....
 - budynek parterowy*, piętrowy*; mieszkanie na(podać kondygnację)
 - 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
-
-
-
-

III.C. Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje¹

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

IV. Średni dochód miesięczny na osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy¹

².wstawić „X” we właściwej rubryce
* niepotrzebne skreślić

1. poniżej 100,00 zł	
2. 101,00 – 200,00 zł	
3. 201,00 – 300,00 zł	
4. 301,00 – 400,00 zł	
5. 401,00 – 500,00 zł	
6. 501,00 – 600,00 zł	
7. 601,00 – 700,00 zł	
8. 701,00 – 800,00 zł	
9. powyżej 800,00 zł	

V. Informacja o korzystaniu ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych: (wypełnić)

Cel (np. turnusy rehabilitacyjne, likwidacja barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się, zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze)	Numer umowy	Data przyznanego dofinansowania	Kwota przyznanego dofinansowania	Rozliczone dofinansowanie

VI. Deklarowany udział własny wnioskodawcy i/lub sponsora

1. deklarowany przez wnioskodawcę 5 % pokrycia kosztów realizacji zadania – ponad obowiązkowe	%
2. deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania	

1. wstawić „X” we właściwej rubryce
* niepotrzebne skreślić

VII. Miejsce realizacji zadania : (wypełnić)

miejsowość ulicanr domu nr lokalu
nr kodu -pocztawojewództwo / powiat/
dokładny adres

VIII. Cel likwidacji barier architektonicznych : (wypełnić)

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

IX. Wykaz planowanych przedsięwzięć w celu likwidacji barier i orientacyjny koszt (w kolejności od najważniejszego dla Wnioskodawcy) - należy wypełnić

1.
2.
3.
4.
5.
6.

X. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania: (wypełnić)

rozpoczęcie robót :

(dzień, miesiąc, rok)

przewidywane zakończenie robót :

(dzień, miesiąc, rok)

XI. Informacja wartości nakładów poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania oraz źródeł finansowania: (wypełnić)

Nakłady poniesione przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek		Źródła finansowania
Rodzaj nakładów	Wartość nakładów	

XII. Przewidywane koszt realizacji zadania: (wypełnić)

cyfrą:(słownie:zł)

XIII. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania zł: (wypełnić)

cyfrą:(słownie:zł)

XIV. Nazwa banku i numer rachunku bankowego: (wypełnić)

Nazwa banku :

Numer rachunku bankowego :

Upředzona/y o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

.....
 Przedstawiciel ustawowy opiekun prawny* pełnomocnik
 Podpis wnioskodawcy

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

.....syn/córka.....
 nazwisko i imię / imiona imię ojca

seria nrwydany w dniuprzez.....

dowód osobisty

nr kodu -pocztawojewództwo / powiat/.....
dokładny adres

miejsowość ulicanr domu nr lokalu

ustanowiony opiekunem*/ pełnomocnikiem*
(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn.sygn. akt / na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza ...z dn. ...repert. nr ...)*

.....
Przedstawiciel ustawowy opiekun prawny* pełnomocnik

Załączniki do wniosku:

Do I etapu

- kopia orzeczenia o niepełnosprawności,
- orzeczenia o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą,
- udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (własność, umowa najmu)
- zaświadczenie o dochodach wnioskodawcy i osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą za ostatni kwartał,
- poświadczenie o zameldowaniu z Urzędu Gminy
- zaświadczenie od lekarza specjalisty o aktualnym stanie zdrowia.

Do II etapu

- szkic mieszkania
- projekt i kosztorys, pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach)
- zgoda właściciela budynku (w koniecznych przypadkach)
- przyjęte pełnomocnictwo inwestora zastępczego

Opinia Komisji ds. opiniowania wniosków o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych:

<input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna
Decyzja PCPR o przyznaniu dofinansowania :

.....
data i podpis pracownika PCPR