

Ewidencja wpływu wniosku

Wypełnia sekretariat PCPR

Wypełnia PCPR

Nr sprawy PCPR.R.5143.....

Wniosek kompletny przyjęto do PCPR
w Olsztynie
w dn.

Pieczętka i podpis pracownika PCPR

W N I O S E K
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych likwidacji
b a r i e r a r c h i t e k t o n i c z n y c h
w związku z indywidualnymi potrzebami osoby niepełnosprawnej
(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)

A. Dane dotyczące Wnioskodawcy (proszę wypełnić drukowanymi literami)

.....data urodzenia
(imię, imiona i nazwisko)

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

..... nr PESEL

miejsowość
(podać dokładny adres zamieszkania z kodem, ulicą nr domu i nr lokalu)

..... nr telefonu

numer rachunku bankowego (ROR) Wnioskodawcy

.....

nazwa banku

.....

INFORMACJE O WNIOSKODAWCY**I. Stopień niepełnosprawności ¹**

| | | |
|----|---|--|
| 1. | znaczny, inwalidzi I grupy, osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie domowym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny, dzieci w wieku do lat 16 posiadające orzeczenie o niepełnosprawności | |
| 2. | umiarkowany, inwalidzi II grupy, osoby całkowicie niezdolne do pracy | |
| 3. | lekki inwalidzi III grupy, osoby częściowo niezdolne do pracy, osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym | |

II. Rodzaj niepełnosprawności ²

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

III. Okres niepełnosprawności podany w orzeczeniu (nie dotyczy dzieci do lat 16) ³

| | | |
|----|---------------------------------|--|
| 1. | Orzeczenie na czas nieokreślony | |
| 2. | Orzeczenie na czas określony | |
| a) | 2 lata i więcej | |
| b) | do 2 lat | |

IV. Sytuacja zawodowa ⁴

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

¹ proszę wstawić X we właściwej rubryce² proszę wstawić X we właściwej rubryce³ proszę wstawić X we właściwej rubryce⁴ proszę wstawić X we właściwej rubryce

* odpowiednie podkreślić

V. Sytuacja mieszkaniowa - warunki mieszkaniowe (wypełnia pracownik PCPR)

| | |
|-----------------|--|
| 1. złe | |
| 2. przeciętne | |
| 3. dobre | |
| 4. bardzo dobre | |

VI. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i mieszkania

1. mieszkanie - lokatorskie spółdzielcze prawo do lokalu mieszkalnego* , własnościowe spółdzielcze prawo do lokalu mieszkalnego* , własność* , komunalne/kwaterunkowe* , prawo do domu jednorodzinnego/jego części w spółdzielni mieszkaniowej *
2. inne.....
3. budynek parterowy*, piętrowy*, mieszkanie na (proszę podać kondygnację)
4. przybliżony wiek budynku lub rok budowy
5. opis mieszkania : pokoje (podać liczbę), 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: instalacja wody zimnej *, ciepłej, kanalizacja*, centralne ogrzewanie*, piec*, prąd*, gaz*
8. inne informacje o warunkach mieszkaniowych

VII. Sytuacja mieszkaniowa - zamieszkuje ⁵

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

**VIII. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z wnioskodawcą
(w tym osoby niepełnosprawne)**

| Imię i nazwisko - pokrewieństwo | niepełnosprawność | | Dochód miesięczny netto |
|---------------------------------|-------------------|--------|-------------------------|
| | stopień | rodzaj | |
| 1 wnioskodawca | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| RAZEM | | | |

⁵ wstawić X we właściwej rubryce

IX. Średni dochód miesięczny netto na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy⁶

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

X. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych⁷

| | TAK/ NIE | Numer umowy | Data zawarcia umowy | Kwota przyznanego dofinansowania |
|--|-------------|----------------|---------------------------|--|
| 1. na likwidację barier architektonicznych | | | | |
| - korzystałem | | | | |
| - nie korzystałem | | | | |

Oświadczam, że:

- nie mam zaległości wobec PFRON
- w ciągu trzech lat od daty złożenia niniejszego wniosku nie byłem/em stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie
- wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez PCPR w Olsztynie i PFRON dla potrzeb związanych z realizacją zadań PCPR w Olsztynie na rzecz osób niepełnosprawnych finansowanych ze środków PFRON, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2016 r. poz. 922 z późn. zm.)

XI. Deklarowany udział własny Wnioskodawcy i/lub sponsora

Oświadczam, że posiadam środki własne w wysokości zł na pokrycie 5 % kosztów realizacji zadania

Dodatkowo deklaruje:

| | |
|--|---|
| 1. pokrycie przez Wnioskodawcę % kosztów realizacji zadania – ponad obowiązkowe 20 % | % |
| 2. deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania | % |

⁶ wstawić X we właściwej rubryce

⁷ przy odpowiedzi TAK uzupełnić dany wiersz

XII. Cel likwidacji barier architektonicznych

.....

.....

.....

.....

XIII. Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier (w kolejności od najważniejszego dla Wnioskodawcy) i orientacyjny koszt

.....

.....

.....

.....

.....

XIV. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania zł⁸

słownie złotych

XV. Planowany termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

Data rozpoczęcia Data zakończenia

XVI. Planowany sposób realizacji zadania

System gospodarczy/ system zlecony *

XVII. Inwestor zastępczy (inspektor nadzoru) wybrany przez Wnioskodawcę:

.....
(nazwa i dokładny adres z numerem kodu)

.....nr telefonu

Upředzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego za fałszywe zeznania 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.

.....
(data, podpis Wnioskodawcy*, przedstawiciela ustawowego*,
opiekuna prawnego*, pełnomocnika*)

⁸ wysokość dofinansowania wynosi do 95 % kosztów przedsięwzięcia, nie więcej jednak niż do wysokości piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia

* odpowiednie podkreślić

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

..... syn/córka.....
 (imię, imiona i nazwisko) (imię ojca)

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

.....nr PESEL.....

miejsowość-
 (nr kodu) (dokładny adres zamieszkania)

ulicanr domu.....nr lokalu.....

ustanowiony opiekunem */pełnomocnikiem *.....

(postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia sygn. akt * na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dnia repet. Nr).

* odpowiednie podkreślić

Załączniki do wniosku

1. Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia **poświadczona za zgodność z oryginałem**, o którym mowa w art. 1 , art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 2046 z późn. zm.), a w przypadku osoby , o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopia orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998r. poświadczona za zgodność z oryginałem.
2. Kopia orzeczeń potwierdzonych za zgodność z oryginałem o których mowa w pkt. 1 osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób
3. Zaświadczenie lekarskie zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu (**ważne 3 miesiące od daty wydania**) .
4. Zaświadczenie lekarskie potwierdzające konieczność poruszania się na wózku inwalidzkim – o ile dotyczy (**ważne 3 miesiące od daty wydania**) .
5. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (np. własność, użytkowanie wieczyste, umowa najmu itp.), aktualny wyciąg z księgi wieczystej – kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem.
6. Zaświadczenie o stałym zameldowaniu w lokalu lub budynku mieszkalnym (ew. kopia dowodu osobistego potwierdzona za zgodność z oryginałem).
7. Wykaz jednostek organizacyjnych (sponsorów) współfinansujących zadanie z podaniem wysokości dofinansowania (jeżeli takie występują).