

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 <sup>1</sup>

|    |   |  |
|----|---|--|
| 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 <sup>2</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  |  |

### III. Okres niepełnosprawności podany w orzeczeniu (nie dotyczy dzieci do lat 16) <sup>3</sup>

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

### IV. Sytuacja zawodowa <sup>4</sup>

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

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

<sup>2</sup> proszę wstawić X we właściwej rubryce

<sup>3</sup> proszę wstawić X we właściwej rubryce

<sup>4</sup> 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 <sup>5</sup>

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

<sup>5</sup> wstawić X we właściwej rubryce

**IX. Średni dochód miesięczny netto na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy<sup>6</sup>**

|                       |  |
|-----------------------|--|
| 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 Niepełnosprawnych<sup>7</sup>**

|  | TAK/<br>NIE | Numer<br>umowy | Data<br>zawarcia<br>umowy | Kwota<br>przyznanego<br>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 byłam/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 –<br><b>ponad obowiązkowe 20 %</b> | % |
| 2. deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania                            | % |

<sup>6</sup> wstawić X we właściwej rubryce

<sup>7</sup> 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 ..... zł<sup>8</sup>**

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\* )

<sup>8</sup> 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 )

ulica .....nr 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 2019 r. poz.1172 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. Wykaz jednostek organizacyjnych ( sponsorów) współfinansujących zadanie z podaniem wysokości dofinansowania ( jeżeli takie występują).