

.....
Nr kolejny wniosku

.....
data wpływu wniosku

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier architektonicznych
w związku z indywidualnymi potrzebami osoby niepełnosprawnej

DANE WNIOSKODAWCY (OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ, W FUNKCJONOWANIU KTÓREJ BARIERA ARCHITEKTONICZNA ZOSTANIE USUNIĘTA)

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania

Numer telefonu

Adres e-mail:

PESEL.....

Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik (proszę wstawić X w odpowiednim miejscu)

Znaczny stopień niepełnosprawności (pierwsza grupa)	
Umiarkowany stopień niepełnosprawności (druga grupa)	
Lekki stopień niepełnosprawności (trzecia grupa)	
Dziecko do 16 lat z orzeczoną niepełnosprawnością	

Główna dysfunkcja najbardziej utrudniająca funkcjonowanie (proszę wstawić X w odpowiednim miejscu)

Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
Inna dysfunkcja narządu ruchu	
Dysfunkcja narządu wzroku	
Dysfunkcja narządu słuchu i/lub mowy	
Upośledzenie umysłowe	
Całościowe zaburzenie rozwoju (w tym autyzm, zespół Aspergera itd.)	
Epilepsja	
Inne, jakie:.....	

Sytuacja na rynku pracy (proszę wstawić X w odpowiednim miejscu)

Uczę się/ studiuję	
Pracuję	
Pracuję i studiuję/uczę się	
Jestem bezrobotny/a zarejestrowany/a w urzędzie pracy	
Jestem poszukujący/-ąca pracy zarejestrowany/a w urzędzie pracy	
Jestem nieaktywny/a zawodowo/nie poszukuję pracy	

Poziom wykształcenia (proszę wstawić X w odpowiednim miejscu)

Brak wykształcenia (nie uczęszczał do szkoły)	
Absolwent szkoły życia	
Niepełne podstawowe	
Niepełne podstawowe-specjalne	
Podstawowe	
Podstawowe-specjalne	
Gimnazjalne	
Gimnazjalne-specjalne	
Zasadnicze zawodowe	
Zasadnicze - specjalne	
Średnie zawodowe łącznie z policealnym	
Średnie ogólnokształcące	
Wyższe	

Dochody i liczba członków gospodarstwa domowego

Oświadczam, że (zaznaczyć właściwe):

 prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostaje następująca liczba osób

Razem dochód w gospodarstwie domowym obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku zł
Średni miesięczny dochód na osobę (kwotę powyżej podzielić przez liczbę osób w gospodarstwie domowym) zł

Dotychczasowe korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Korzystałam /em:		TAK / NIE (niepotrzebne skreślić)		
Data przyznania dofinansowania	Numer zawartej umowy	Cel	Kwota	Stan rozliczenia

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (DLA MAŁOLETNIEGO WNIOSKODAWCY), OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA (wypełnić jeśli dotyczy)

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania

Numer telefonu

Adres e-mail:

PESEL.....

1. Informacja nt. warunków mieszkaniowych wnioskodawcy

PLANOWANA LIKwidACJA BARIERY ARCHITEKTONICZNEJ

Zakres planowanych robót/dostaw (proszę wstawić X we właściwym miejscu)

Dostosowanie pomieszczeń sanitarnych (łazienki i/lub wc)	
Likwidacja progów	
Budowa podjazdu/pochylni	
Zakup, dostawa, montaż podnośnika	
Zakup i montaż platformy schodowej	
Zakup i montaż transportera schodowego	
Zakup i montaż windy przyściennej	
Zakup i montaż drzwi wejściowych (zewnętrznych) o odpowiedniej szerokości	
Dostawa, zakup, montaż poręczy i uchwytów w ciągach komunikacyjnych ułatwiających poruszanie się	
Inna (proszę określić jakie):	

Jakie trudności stwarza obecnie bariera architektoniczna (proszę zaznaczyć X we właściwym miejscu i podać wyjaśnienie)

Trudność	Zaznaczyć jeśli właściwe	Opis trudności w powiązaniu z typem dysfunkcji
Poruszania się /funkcjonowania w najbliższej przestrzeni (mieszkanie)		
Poruszania się /funkcjonowania w najbliższej przestrzeni (wejście do budynku),		
Poruszania się /funkcjonowania w najbliższej przestrzeni ciągi komunikacyjne		
inna trudność (wpisać jaka)		

Planowany termin rozpoczęcia realizacji inwestycji:

Przewidywany czas realizacji inwestycji

.....

Jakie efekty przyniesie likwidacja bariery architektonicznej? (proszę wstawić X we właściwym miejscu

<p>Większa samodzielność wnioskodawcy w wykonywaniu czynności życia codziennego <i>Jeśli zaznaczono tę opcję, należy uzasadnić w jaki sposób likwidacja bariery architektonicznej zwiększy szansę na aktywizację społeczną:</i></p> <p>.....</p>	
<p>Całkowita samodzielność wnioskodawcy w wykonywaniu czynności życia codziennego <i>Jeśli zaznaczono tę opcję, należy uzasadnić w jaki sposób likwidacja bariery architektonicznej zwiększy szansę na aktywizację społeczną:</i></p> <p>.....</p>	
<p>Zwiększenie możliwości udziału wnioskodawcy w życiu społecznym poza miejscem zamieszkania rozumianym jako mieszkanie/dom <i>Jeśli zaznaczono tę opcję, należy uzasadnić w jaki sposób likwidacja bariery architektonicznej zwiększy szansę na aktywizację społeczną:</i></p> <p>.....</p>	
<p>Zwiększenie szans wnioskodawcy na aktywizację zawodową/ na utrzymanie aktywności zawodowej. <i>Jeśli zaznaczono tę opcję, należy uzasadnić w jaki sposób likwidacja bariery architektonicznej zwiększy szansę na aktywizację zawodową/na utrzymanie aktywności zawodowej:</i></p> <p>.....</p>	
<p>Inne efekty (proszę określić jakie):</p> <p>.....</p>	

Kosztorys likwidacji bariery architektonicznej

Opis planowanych robót/zakupów:	
Łącznie koszty inwestycji	
Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON (<i>nie może przekroczyć 80% przewidywanego całkowitego kosztu zakupu – kwota maksymalna 10 000</i>)	
Deklarowany procentowy udział Wnioskodawcy w kosztach przedsięwzięcia (<i>musi wynosić co najmniej 20% przewidywanego całkowitego kosztu zakupu</i>)	

Upředzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 § 1 kodeksu karnego za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że przedstawione przeze mnie dane we wniosku o dofinansowanie oraz załącznikach są prawdziwe.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu 3 lat przez złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu i PFRON dla potrzeb związanych z realizacją zadań Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu na rzecz osób niepełnosprawnych finansowanych ze środków PFRON, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1996r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przeprowadzenie wizji lokalnej/kontroli w miejscu realizacji zadania oraz rejestrację i utrwalanie przebiegu wizji/kontroli (m.in. sporządzanie nagrań, fotografii lub filmów).

Oświadczam, że stale zamieszkuję w lokalu, w którym zostanie zlikwidowana bariera architektoniczna.

Oświadczam, że znane są mi przepisy prawa dotyczące zakresu zadania oraz Zarządzenie nr 1/2018 z dnia 02.01.2018r. Dyrektora PCPR w Miliczu w sprawie ustalenia procedur rozpatrywania wniosków i zasad udzielania dofinansowań ze środków PFRON z zakresu rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych.

Wyrażam zgodę na udział w ewaluacji celów realizacji zadania.

.....

Data i podpis Wnioskodawcy lub jego przedstawiciela prawnego

Do wniosku należy załączyć:

1. kopię orzeczenia lub kopię wypisu z treści orzeczenia, 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, a w przypadku osoby o której mowa 62 ust. 3 tej ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998r. (oryginał do wglądu), – wnioskodawcy oraz osoby zamieszkującej we wspólnym gospodarstwie domowym jeżeli posiada,
2. kopię pełnomocnictwa lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu) w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego,
3. oświadcza o numerze konta,
4. kosztorys wstępny planowanej inwestycji sporządzony przez zarejestrowany podmiot gospodarczy upoważniony do wystawiania faktur VAT / oferta cenowa sprzętu z wyszczególnieniem wszystkich elementów zestawu wraz z cenami,
5. zaświadczenie od lekarza specjalisty (zgodnie z niepełnosprawnością) potwierdzające rodzaj niepełnosprawności oraz zakres dysfunkcji w poruszaniu się wnioskodawcy. (jeżeli we wspólnym gospodarstwie domowym zamieszkuje osoba posiadająca dysfunkcję w zakresie ruchu lub wzroku również należy przedłożyć zaświadczenie). (jeżeli we wspólnym gospodarstwie domowym zamieszkuje osoba posiadająca dysfunkcję w zakresie ruchu lub wzroku również należy przedłożyć zaświadczenie).
6. dokument potwierdzający tytuł do lokalu (własność lub użytkowanie wieczyste nieruchomości) lub zgodę właściciela lokalu lub budynku, w którym wnioskodawca stale zamieszkuje (zgoda właściciela lokalu lub budynku jest wymagana w sytuacji:
 - a) jeżeli likwidacja bariery nastąpi wewnątrz lokalu lub budynku, którego właścicielem lub użytkownikiem wieczystym nie jest wnioskodawca,
 - b) jeżeli likwidacja bariery dotyczy prac na zewnątrz lokalu w budynku wielorodzinnym, w którym wnioskodawca stale zamieszkuje (bez względu na tytuł do lokalu).

**OŚWIADCZENIE O NUMERZE KONTA
DLA CELÓW PRZEKAZANIA DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON**

Proszę, aby przyznana kwota dofinansowania została przekazana:

1. Na konto sprzedawcy przedmiotu dofinansowania*

2. Na konto bankowe*(jeżeli tak proszę wypełnić poniżej):

Imię i nazwisko posiadacza konta.....

Adres posiadacza konta.....

Nazwa banku.....

Nr konta.....

.....
miejsowość, data

.....
podpis

*właściwe podkreślić