

Data wpływu:

Nr sprawy:

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta
Wnioskodawca składa wniosek: <input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako przedstawiciel ustawy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczonego notarialnie	
Postanowienie Sądu:	
Imię i nazwisko notariusza:	
Repetytorium nr:	
Zakres pełnomocnictwa:	<input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie <input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania <input type="checkbox"/> do zawarcia umowy <input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku <input type="checkbox"/> do złożenia wniosku <input type="checkbox"/> inne

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES KORESPONDENCYJNY

Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność:	<input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Rodzaj niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> choroby psychiczne <input type="checkbox"/> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> narząd wzroku <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> narząd ruchu <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> epilepsja <input type="checkbox"/> choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> całościowe zaburzenia rozwojowe
Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

ŚREDNI DOCHÓD**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

- indywidualne
 wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy (przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku) :

.....

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

.....

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych/sprzęt rehabilitacyjny/AS lub inne ze środków finansowych PFRON:

- nie korzystałem
 korzystałem

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU**PRZEDMIOT WNIOSKU**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:	
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):	
Słownie:	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON – nie więcej niż 95%:	
Słownie:	

co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:	
Deklarowane środki własne:	
Inne źródła finansowania:	
Cel dofinansowania:	

WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:	
Miejsce realizacji zadania:	
Termin rozpoczęcia:	
Przewidywany czas realizacji:	

OPIS PONIESIONYCH NAKŁADÓW

Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania

.....

.....

FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

- Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Właściciel konta (imię i nazwisko):	
Nazwa banku:	
Numer rachunku bankowego:	

- Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

OPIS BUDYNKU I MIESZKANIA

Nazwa pola	Wartość
Budynek:	<input type="checkbox"/> dom jednorodzinny, <input type="checkbox"/> wielorodzinny prywatny, <input type="checkbox"/> wielorodzinny komunalny, <input type="checkbox"/> wielorodzinny spółdzielczy
Ilość pięter:	<input type="checkbox"/> budynek parterowy, <input type="checkbox"/> piętrowy, <input type="checkbox"/> mieszkanie na piętrze (którym?):
Przybliżony wiek budynku lub rok budowy:	
Liczba pokoi: + <input type="checkbox"/> kuchnia, <input type="checkbox"/> łazienka, <input type="checkbox"/> wc
Łazienka jest wyposażona w:	<input type="checkbox"/> wannę, <input type="checkbox"/> brodzik, <input type="checkbox"/> kabinę prysznicową, <input type="checkbox"/> umywalkę
W mieszkaniu jest:	<input type="checkbox"/> instalacja wody zimnej, <input type="checkbox"/> instalacja wody ciepłej, <input type="checkbox"/> kanalizacja, <input type="checkbox"/> centralne ogrzewanie, <input type="checkbox"/> prąd, <input type="checkbox"/> gaz
Inne informacje o warunkach mieszkaniowych:	

SYTUACJA ZAWODOWA

- Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
- Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
- Bezrobotny poszukujący pracy
- Rencista poszukujący pracy
- Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
- Dzieci i młodzież do lat 18
- Inne / jakie?.....

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

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.

Uprowadzony/uprowadzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2022r. poz. 1138, z późn. zm.) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

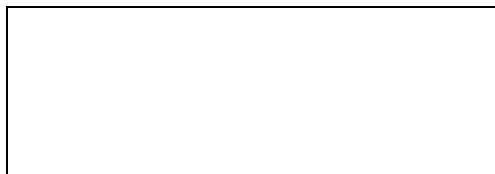
Wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie w/w danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu i PFRON dla potrzeb związanych z realizacją zadań Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu na rzecz osób niepełnosprawnych finansowanych ze środków PFRON, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE oraz zapoznałem się z klauzulą informacyjną RODO obowiązującą w PCPR Milicz dostępną na stronie internetowej: www.pcprmilicz.pl

<i>Miejscowość</i>	<i>Data</i>	<i>Podpis Wnioskodawcy</i>

DO WNIOSKU NALEŻY ZAŁĄCZYĆ:

1. Kopię orzeczenia lub kopię wpisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art.1, art. 5 pkt. 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu 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 wydanym przed dniem 1 stycznia 1998r. (oryginał do wglądu),
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. 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.
4. oświadczenie Wnioskodawcy – według załącznika nr 1
5. zaświadczenie od lekarza specjalisty (zgodnie z niepełnosprawnością) potwierdzające rodzaj niepełnosprawności oraz zakres dysfunkcji w poruszaniu się wnioskodawcy – według załącznika nr 2 (zaświadczenie ważne 3 miesiące od daty wystawienia).
6. uzasadnienie wniosku wskazujące m.in. potrzeby dotyczące rehabilitacji w warunkach domowych, wynikające z niepełnosprawności - według załącznika nr 3
7. 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).

Załącznik nr 2 do wniosku



Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

.....
miejsowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Wydane dla potrzeb PCPR w Milicz – likwidacja barier architektonicznych

(NALEŻY WYPEŁNIĆ **CZYTELNIE** W JĘZYKU POLSKIM
- ważne 3 miesiące od daty wypisania)

Imię i nazwisko

PESEL

Adres Zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

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

2. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzenia, możliwość poprawy).....

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

3. Osoba niepełnosprawna:

- porusza się na wózku inwalidzkim,
- porusza się za pomocą sprzętu ortopedycznego ,
(podać nazwę sprzętu :)
- jest leżąca,
- z inną dysfunkcją narządu ruchu (podać jaką.....)

4. Występujące trudności w poruszaniu się wynikające z niepełnosprawności

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

.....
pieczętka i podpis lekarza specjalisty

Załącznik nr 3 do wniosku

Imię i nazwisko wnioskodawcy.....

Imię i nazwisko podopiecznego (o ile dotyczy).....

CEL DOFINANSOWANIA:

Należy m.in. opisać:

- Trudności w poruszaniu się:

.....
.....

- co stanowi dla Wnioskodawcy faktyczną barierę architektoniczną w miejscu zamieszkania, mając na uwadze trudności w poruszaniu się,:

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

- jak realizacja zadania przyczyni się do zlikwidowania bariery architektonicznej:

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

- w jaki sposób realizacja wnioskowanego przedmiotu dofinansowania umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi Wnioskodawcy wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem – **podać konkretne przykłady.**

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

- inne:

.....
.....

Data.....

.....
Podpis wnioskodawcy