

.....
data wpływu wniosku

.....
pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

.....
nr wniosku

**Powiatowe Centrum
Pomocy Rodzinie
ul. Goldapska 23, 19-400 Olecko**

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych dla osoby niepełnosprawnej mającej trudności w poruszaniu się

(wypełnia osoba niepełnosprawna, przedstawiciel ustawowy – w przypadku małoletniego dziecka, opiekun prawny lub pełnomocnik)

I. Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej:

1. Imię i nazwisko :tel.:
2. Adres zamieszkania:
3. Adres do korespondencji :
4. Nr PESEL:
5. Seria i nr dowodu osobistego :
6. Stopień niepełnosprawności * (lub jego odpowiednik w pkt. 1,2,3) :
(* proszę wstawić znak X we właściwej rubryce)

1.	Znaczny / I grupa inwalidzka	
2.	Umiarkowany / II grupa inwalidzka	
3.	Lekki / III grupa inwalidzka	
4.	Orzeczenie o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy, niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanym przed 01 stycznia 1998 r. albo o niezdolności do samodzielnej egzystencji/orzeczenia KRUS wydane po 01.01.1998 r. nie są podstawą do zaliczenia osoby, której orzeczenie dotyczy, do osób niepełnosprawnych/;	
5.	Orzeczenie o niepełnosprawności w przypadku osób w wieku do 16 lat	

7. Rodzaj niepełnosprawności * :
(* proszę wstawić znak X we właściwej rubryce)

Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
Inna dysfunkcja narządu ruchu	
Dysfunkcja narządu wzroku	
Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
Inna niepełnosprawność wymagająca likwidacji barier architektonicznych: jaka?	

8. Inne osoby niepełnosprawne pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym (stopień pokrewieństwa, stopień i rodzaj niepełnosprawności):

- 1)
2)

II. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (dla małoletnich osób niepełnosprawnych), opiekuna prawnego lub pełnomocnika:

1. Imię i nazwisko :
2. Adres zamieszkania :
3. Seria i nr dowodu osobistego :
4. Nr PESEL :
5. Nr telefonu :

W przypadku opiekuna/pełnomocnika*: postanowienie Sądu Rejonowego w
z dnia....., Sygn. Akt.....
/pełnomocnictwo z dnia.....

III. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:
.....

IV. Dane dotyczące zadania :

1. Przedmiot dofinansowania (proszę opisać planowane w ramach likwidacji bariery architektonicznej przedsięwzięcie/inwestycję):

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

2. Miejsce realizacji zadania (proszę podać dokładny adres, gdzie będzie przeprowadzona likwidacja barier):

.....

3. Cel dofinansowania (proszę opisać, w jaki sposób likwidacja bariery wpłynie na wykonywanie przez osobę niepełnosprawną podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem):

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

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

4. Przewidywany koszt realizacji zadania:

- ogółemzł
słownie złotych:
- kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON (do 95% kosztów przedsięwzięcia, nie więcej jednak niż do wysokości piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia):
..... zł
słownie złotych:
- inne źródła finansowania zadania (kwota):
.....

5. Termin rozpoczęcia realizacji zadania:

.....

6. Przewidywany czas realizacji zadania:

7. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania:

.....
.....

V. Informacja o dotychczasowym korzystaniu ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych:

L.p.	Cel dofinansowania	Nr umowy	Kwota i data przyznania dofinansowania	Stan rozliczenia	Umowa wygasła/ została rozwiązana * (wpisać właściwe)
1.					
2.					
3.					
4.					

VI. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:

Niniejszym oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

		Przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (netto)
1.	Osoba niepełnosprawna:	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego – poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z osobą niepełnosprawną (np. mąż, żona, syn, córka itp.):		X
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
Razem miesięczny dochód rodziny wynosi:		
Liczba osób pozostająca we wspólnym gosp. domowym:		
Przeciętny miesięczny dochód na członka rodziny: (łącznie dochód rodziny podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym)		

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym oraz że jestem świadoma(y) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych informacji. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się niezwłocznie poinformować PCPR w Olecku.

.....
(data i czytelny podpis osoby niepełnosprawnej, przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego lub pełnomocnika)

VII. Pozostałe oświadczenia osoby niepełnosprawnej:

1) oświadczam, że **posiadam / nie posiadam środki własne*** na realizację wnioskowanego zadania w kwocie stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu materiałów budowlanych oraz innych materiałów i kosztem wykonania usług z zakresu likwidacji barier architektonicznych, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a kwotą dofinansowania przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (minimum 5% kosztu przedsięwzięcia);

2) oświadczam, że **posiadam / nie posiadam*** zaległości wobec Funduszu oraz że w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku **byłem(am) / nie byłem(am)*** stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie;

3) **wyrażam / nie wyrażam*** zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego (jeśli dotyczy) przez PCPR w Olecku w związku z realizacją zadań wynikających z przepisów prawa, tj. ustawy z dn. 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, przepisów wykonawczych - zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych;

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/- am poinformowany o:

a) adresie / siedzibie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Olecku jako administratora danych osobowych,

b) przysługujących mi na podstawie ustawy o ochronie danych osobowych uprawnieniach, a w szczególności o prawie wglądu do swoich danych i prawie ich poprawienia, uzupełnienia, uaktualnienia, usunięcia, tj. o uprawnieniach wynikających z art. 24 ust. 1 oraz art. 32 ww. ustawy;

4) przyjmuję do wiadomości, że złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania oraz że przyznane dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.

.....
(data i czytelny podpis osoby niepełnosprawnej/przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego lub pełnomocnika)

*Właściwe zaznaczyć

Załączniki do wniosku:

(proszę wstawić znak X we właściwej rubryce, o ile dotyczy)

1. Kopia orzeczenia lub kopia wypisu 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 zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopia orzeczenia o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r.	
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie w/g wzoru (zał. do wniosku)	
3. Aktualne potwierdzenie zameldowania na pobyt stały w lokalu/budynku mieszkalnym	
4. Kopia aktualnego dokumentu potwierdzającego tytuł prawny do lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja bariery architektonicznej (własność, użytkowanie wieczyste) albo zgoda właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego, w którym wnioskodawca stale zamieszkuje, na jego dostosowanie do potrzeb osoby niepełnosprawnej	
5. Kopia postanowienia sądowego o ustanowieniu opiekuna prawnego lub pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie w przypadku reprezentowania osoby niepełnosprawnej przez pełnomocnika	
6. Wstępny kosztorys ofertowy / projekt	
7. Pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach), decyzja o warunkach zabudowy i zagospodarowania terenu, zgoda właściciela gruntu na budowę	
8. Udokumentowanie informacji o innych źródłach finansowania zadania	
9. Sytuacja społeczna i zawodowa osoby niepełnosprawnej (zał. do wniosku)	
10. Inne (podać jakie?):	

**SYTUACJA SPOŁECZNA I ZAWODOWA
OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ UBIEGAJACEJ SIĘ O DOFINANSOWANIE
ZE ŚRODKÓW PFRON**

Wypełnia Wnioskodawca (przedstawiciel ustawowy, opiekun prawny, pełnomocnik) *

1. Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej:
PESEL :
2. Opis sytuacji społecznej i zawodowej:
 - a) sytuacja zawodowa:
 - ☐ zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
 - ☐ bezrobotny zarejestrowany w urzędzie pracy
 - ☐ poszukujący pracy zarejestrowany w urzędzie pracy
 - ☐ nieaktywny zawodowo/nieposzukujący pracy
 - ☐ rencista/ emeryt
 - ☐ dzieci i młodzież do 16. roku życia
 - ☐ osoba w wieku 16 – 24 lat, ucząca się lub studiująca
 - ☐ uczestnik Warsztatu Terapii Zajęciowej/Środowiskowego Domu Samopomocy/Domu Dziennego Pobytu
 - ☐ inna:
 - b) poziom wykształcenia:
 - c) zaspokajanie codziennych potrzeb życiowych i społecznych:
 - ☐ samodzielnie ☐ z częściową pomocą osób drugih
 - ☐ wyłącznie przy pomocy osób drugihdodatkowe informacje:
.....
.....
 - d) osoba niepełnosprawna korzysta ze świadczeń pomocy społecznej:
 - ☐ tak: ☐ nie
 - ☐ świadczenia pieniężne
 - ☐ świadczenia niepieniężne
3. Oczekiwane efekty związane z przyznaniem dofinansowania:
 - ☐ większa samodzielność w wykonywaniu czynności życia codziennego
 - ☐ zwiększenie możliwości udziału w życiu społecznym
 - ☐ zwiększenie szans na aktywizację zawodową/utrzymanie aktywności zawodowej
 - ☐ większe bezpieczeństwo osoby niepełnosprawnej i jej otoczenia
 - ☐ inne, jakie:
.....

Data:

.....
podpis wnioskodawcy (przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego, pełnomocnika)

* właściwe zaznaczyć

.....
(stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej)

..... dn.

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko pacjenta :

Adres zamieszkania :

Nr PESEL:

Pacjent posiada:

☐ dysfunkcję narządu ruchu:

☐ z koniecznością poruszania się za pomocą wózka inwalidzkiego

.....

☐ z koniecznością poruszania się przy pomocy kul, balkonika, laski

.....

☐ po amputacji kończyn (dolnych/górnych):

.....

☐ poruszający się samodzielnie

☐ inne.....

☐ dysfunkcję narządu wzroku:

- oko lewe.....

- oko prawe.....

☐ dysfunkcję narządu słuchu:

- ucho lewe.....

- ucho prawe.....

☐ dysfunkcję narządu mowy:

.....

☐ inne (jakie?):

.....

.....

Opis schorzenia, uzasadnienie ubiegania się o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* właściwe zaznaczyć