

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

I. Dane dotyczące Wnioskodawcy

Imię i nazwisko wnioskodawcy(dziecka)

Data urodzenia

Adres stałego zamieszkania

Adres zameldowania.....

Telefon

PESELseria i nr dowodu osobistego

Stopień niepełnosprawności wnioskodawcy :

- znaczny - umiarkowany - lekki

Naruszenie sprawności organizmu :

a) czasowe

b) stałe

Rodzaj niepełnosprawności wnioskodawcy: (właściwe zaznaczyć)

a) schorzenia narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim

b) schorzenia narządu ruchu

c) schorzenia narządu wzroku

d) schorzenie narządu słuch

e) schorzenia psychiczne i umysłowe

f) inne, jakie?.....

Sytuacja zawodowa wnioskodawcy: (właściwe zaznaczyć)

a) pracuję (gdzie) b) bezrobotna(y)/poszukujący pracy

c) pobiera świadczenia OPS

d) nie pobiera

e) uczeń, student

f) rencista / emeryt

II. Sytuacja mieszkaniowa wnioskodawcy – opis budynku i mieszkania

1. dom jednorodzinny, wielorodzinny prywatny, wielorodzinny komunalny, wielorodzinny spółdzielczy¹,

2. inne

3. budynek parterowy, piętrowy¹, mieszkanie na(proszę podać kondygnację)

4. przybliżony wiek budynku lub rok budowy

5. opis mieszkania: pokoje(podać liczbę), z kuchnią, bez kuchni, z łazienką, bez łazienki, z wc, bez wc¹
6. łazienka jest wyposażona w: wannę, brodzik, kabinę prysznicową, umywalkę¹
7. w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej, ciepłej, kanalizacja, centralne ogrzewanie, prąd, gaz¹
-
- ¹niepotrzebne skreślić
8. inne informacje o warunkach mieszkaniowych
-

III. Przedmiot dofinansowania

.....

IV. Miejsce realizacji zadania.....

.....

V. Koszty realizacji zadania:

Przewidywany całkowity koszt realizacji zadania: (zgodnie z kosztorysem)	zł
<i>Słownie:</i>	
Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON (wnioskodawca może ubiegać się maksymalnie o kwotę do 95% całkowitego kosztu realizacji zadania):	zł
<i>Słownie:</i>	
Deklarowana przez Wnioskodawcę wysokość pokrycia kosztów realizacji zadania (min 5% całkowitego kosztu realizacji zadania):	zł
<i>Słownie:</i>	
Nakłady finansowe dotychczas poniesione przez Wnioskodawcę:	zł
<i>Słownie:</i>	

VI. Informacja na temat przyznanych wcześniej środków PFRON w ramach zadania

tj. likwidacji barier architektonicznych

1. kwota przyznanego dofinansowania.....
 2. numer zawartej umowy.....
 3. cel przyznanego dofinansowania.....
 4. data przyznanego dofinansowania.....
 5. stan rozliczenia (rozliczono się, nie rozliczono się, w trakcie rozliczenia).....
-

2.				
3.				
4.				
5.				

- oświadczam, że mam/nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Oświadczam, że w ciągu ostatnich trzech lat byłem(łam)/nie byłem(łam) stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie Dz. U. z 2012 poz. 926 z póź. zm.
- oświadczam, że o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu chrzanowskiego,
- oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich/mojego dziecka danych osobowych, polegające na ich zbieraniu, utrwalaniu, przechowywaniu podczas realizacji wniosku zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych tj. Dz. U. z 2016 poz. 922 z póź. zm.

XI. Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), Opiekun prawny lub Pełnomocnik

.....syn/córka

imię i nazwisko *imię ojca*

serianr wydany w dniu przez

nr PESEL nr NIP

miejsowość ulica

nr kodu poczta powiat

województwo nr tel.

ustanowiony Opiekunem¹/Pełnomocnikiem¹

¹postanowieniem Sądu Rejonowego z dn.sygn. akt

¹na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza

z dn. repet. nr

XII. Ja niżej podpisany/a pouczone/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 § Kodeksu Karnego* za składanie fałszywych zeznań, składam stosownie do art. 75 §2 kpa oświadczenie, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się poinformować w ciągu 14 dni.

.....
miejsowość, data
czytelny podpis wnioskodawcy¹/przedstawiciela ustawowego¹/ Opiekuna
prawnego¹/Pełnomocnika¹

***Art. 233 § 1 kk** – Kto, składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

**** dochód** w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych oznacza to, po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób:

a) przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach ogólnych na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych, pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne

b) deklarowany w oświadczeniu dochód z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, pomniejszony o należny zryczałtowany podatek dochodowy i składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne,

c) **inne dochody niepodlegające opodatkowaniu** na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych, m.in.:

- renty inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin,
- renty wypłacone osobom represjonowanym i członkom ich rodzin,
- świadczenia pieniężne, dodatek kombatancki, ryczałt energetyczny i dodatek kompensacyjny,
- emerytury i renty z tytułu inwalidztwa wojennego,
- zasiłki chorobowe rolników,
- środki bezzwrotnej pomocy zagranicznej,
- należności ze stosunku pracy lub z tytułu stypendium osób przebywających czasowo za granicą,
- dochody członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych z tytułu członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej, pomniejszone o składki na ubezpieczenia społeczne,
- alimenty na rzecz dzieci,
- stypendia przyznawane uczniom lub studentom,
- kwoty diet nieopodatkowane podatkiem dochodowym od osób fizycznych, otrzymywane przez osoby wykonujące czynności związane z pełnieniem obowiązków społecznych i obywatelskich,
- należności pieniężne otrzymywane z tytułu wynajmu pokoi gościnnych,
- dodatki za tajne nauczanie,
- ekwiwalenty pieniężne za deputaty węglowe,
- ekwiwalenty z tytułu prawa do bezpłatnego węgla,
- dochody uzyskane z gospodarstwa rolnego,
- świadczenia otrzymywane przez posła i senatora,
- dochody uzyskiwane za granicą pomniejszone o zapłacone: podatek dochodowy oraz składki na obowiązkowe ubezpieczenie społeczne i zdrowotne,
- zaliczka alimentacyjna.

przez rodzinę*** należy rozumieć odpowiednio następujących członków rodziny:

a) **małżonków,**

b) **rodziców dzieci,**

c) **opiekuna faktycznego dziecka** (osobę faktycznie opiekującą się dzieckiem, jeżeli wystąpiła z wnioskiem do sądu rodzinnego o przysposobienie dziecka),

d) **pozostające na utrzymaniu dzieci w wieku do ukończenia 25. roku życia,**

e) **dziecko, które ukończyło 25. rok życia legitymujące się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności,** jeżeli z tą niepełnosprawnością przysługuje świadczenie pielęgnacyjne lub specjalny zasiłek opiekuńczy albo zasiłek dla opiekuna, o którym mowa w ustawie z dnia 4 kwietnia 2014 r. o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów (Dz.U. poz. 567);

Do członków rodziny **nie zalicza się:**

a) dziecko pozostającego pod opieką opiekuna prawnego,

b) dziecka pozostającego w związku małżeńskim,

c) pełnoletniego dziecka posiadającego własne dziecko;

Do opieki nad osobą ubezwłasnowolnioną całkowicie stosuje się odpowiednio przepisy o opiece nad małoletnim (zgodnie z treścią art. 175 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego)

Załączniki do wniosku:

do I etapu

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik.
2. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, wydane przez lekarza specjalistę,(w zakresie dysfunkcji narządu ruchu) zawierające pełną informację o rodzaju niepełnosprawności.

4. Dokumenty potwierdzające dochody Wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą za rok podatkowy poprzedzający rok, w którym składany jest wniosek (zaświadczenie z urzędu skarbowego, roczne rozliczenie podatkowe, zaświadczenie z zakładu pracy).
5. Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.
6. Kopie decyzji o przyznaniu świadczeń pomocy społecznej jeżeli takie występują.
7. Zaświadczenie ze szkoły o kontynuacji nauki w przypadku osób w wieku 16 – 24 lat /uczących się/
8. Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier architektonicznych wraz z wyceną szacunkową
9. Kopia dokumentów potwierdzających prawo do danej nieruchomości lub lokalu w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (akt notarialny, odpis z księgi wieczystej, wypis z kartoteki budynków),
10. Potwierdzenie zameldowania
11. Pisemna zgoda właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego na likwidację barier architektonicznych w tym zakresie.
12. Dokument potwierdzający inne źródła finansowania zadania.
13. W przypadku, gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego do wniosku należy załączyć odpowiednio kopię pełnomocnictwa lub postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego.
14. Inne dokumenty wymagane w zależności od indywidualnej sytuacji Wnioskodawcy.

UWAGA !!!

Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu

Adnotacje przyjmującego wniosek

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Opinia Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....
data

.....
podpis

Decyzja Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie o przyznaniu dofinansowania.....

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

.....
data i podpis

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb PCPR w Chrzanowie – likwidacja barier architektonicznych**

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta

Data urodzenia

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

2. Opis rodzaju schorzenia

3. Niepełnosprawność pacjenta dotyczy narządu ruchu w zakresie:
.....

4. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:
.....

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne:

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> wózek inwalidzki | <input type="checkbox"/> balkonik |
| <input type="checkbox"/> protezy kończyn | <input type="checkbox"/> kule |
| <input type="checkbox"/> orteza | <input type="checkbox"/> gorset |
| <input type="checkbox"/> aparat słuchowy | <input type="checkbox"/> okulary |
| <input type="checkbox"/> inne | |

.....
miejscowość

.....
data

.....
pieczętka i podpis lekarza