

# POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W MYŚLENICACH

DN-BA-616-...../.....

.....  
data wpływu kompletnego wniosku

## WNIOSEK

**O dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej mającej trudności w poruszaniu się**

### I. Dane dotyczące Wnioskodawcy (PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIE, DRUKOWANYMI LITERAMI)

IMIĘ I NAZWISKO	ADRES ZAMIESZKANIA
NUMER DOWODU OSOBISTEGO	NUMER PESEL
POSIADANE ORZECZENIE	NUMER TELEFONU KONTAKTOWEGO

### II. Rodzaj niepełnosprawności

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	
4. dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

### III. Sytuacja zawodowa

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	

### IV. A. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i mieszkania (\*niepotrzebne skreślić)

1. dom jednorodzinny\*, wielorodzinny prywatny\*, wielorodzinny komunalny\*, wielorodzinny spółdzielczy\*
2. inne\*  
.....
3. budynek parterowy\*, piętrowy\*, mieszkanie na ..... piętrze\*
4. przybliżony wiek budynku lub rok budowy .....
5. opis mieszkania: liczba pokoi....., z 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 wody zimnej\*, ciepłej\*, kanalizacja\*, centralne ogrzewanie\*, prąd\*, gaz\*
8. inne informacje o warunkach mieszkaniowych  
.....  
.....

### V. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

	Data	Numer umowy	Kwota przyznana
1. na likwidację barier architektonicznych			
a) nie korzystałem			
b) korzystałem			
2. korzystałem na inne cele ustawowe i rozliczyłem się			
3. korzystałem na inne cele ustawowe i jestem w trakcie Rozliczania			
4. korzystałem i nie rozliczyłem się			



## OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, pomniejszony o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenia zdrowotne oraz kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek, wynosi ..... zł. (dochód za ostatni kwartał wszystkich osób mieszkających wnioskodawcą, podzielony przez 3 miesiące oraz podzielony przez liczbę osób utrzymujących się z w/w dochodu)

Liczba osób zamieszkujących we wspólnym gospodarstwie domowym (wraz z wnioskodawcą): .....

Pouczony o odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań, wynikającej z art.233 §1 KK „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę – podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”  
**Zostałam/em poinformowana/ny o szczegółowych procedurach realizacji wniosku dotyczącego dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych.**

**Wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018, poz. 1000)**

**O zmianach mających wpływ na realizację dofinansowania zaistniałych po złożeniu wniosków zobowiązuje się informować w ciągu 14 dni od zaistnienia wskazanych okoliczności.**

**Dofinansowanie nie może obejmować kosztów poniesionych przed dniem podpisania umowy o dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych.**

.....  
(podpis Wnioskodawcy\*/ Przedstawiciela ustawowego\*/  
Opiekuna prawnego\*/ Pełnomocnika\*)

### Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub jego odpowiednik
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób;
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie od lekarza specjalisty, zawierające informację o dysfunkcji organizmu utrudniającej poruszanie się;
4. Poświadczenie zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych;
5. Dokument potwierdzający prawo własności oraz pisemna zgoda właściciela nieruchomości na przeprowadzenie prac z zakresu likwidacji barier architektonicznych;
6. Oświadczenie wnioskodawcy o posiadaniu środków na wkład własny

### W zakwalifikowania wniosku do realizacji dokumentami uzupełniającymi będą:

1. Kosztorys inwestorski (szczegółowy) na zakres prac zakwalifikowanych do realizacji wraz z zestawieniem i wyceną potrzebnych materiałów.
2. Projekt, pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach).
3. ....
4. ....

.....  
Podpis wnioskodawcy, opiekuna lub pełnomocnika  
osoby niepełnosprawnej

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**  
**o posiadaniu środków na wkład własny**

(dotyczy wnioskodawców ubiegających się o dofinansowanie środków PFRON)

dla: **Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Myślenicach**

celu dofinansowania likwidacji barier architektonicznych

Niniejszym oświadczam, że Ja.....

Zamieszkały(a) w.....  
(miejscowość)

ul .....nr domu ..... nr mieszkania.....

posiadam środki finansowe na wkład własny w wysokości wymaganej zasadami zadania

....., data.....  
(miejscowość)

.....  
(podpis wnioskodawcy)

ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON LIKWIDACJI  
BARIER ARCHITEKTONICZNYCH  
BARDZO PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE NINIEJSZEGO DOKUMENTU W CELU  
PRAWIDŁOWEJ WERYFIKACJI DANYCH WNIOSKODAWCY

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA	ADRES ZAMIESZKANIA
DATA URODZENIA	NUMER PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące

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

4. Używane zaopatrzenie ortopedyczne/sprzęt rehabilitacyjny

.....  
.....

5. Konieczność realizacji zadań zmierzających do usunięcia barier architektonicznych, które umożliwiają lub w znacznym stopniu ułatwiają osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności i/lub kontaktów z otoczeniem

TAK (uzasadnienie)

.....  
.....

NIE (uzasadnienie)

.....  
.....

**Niepełnosprawność pacjenta dotyczy:**

dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim

inna dysfunkcja narządu ruchu (jaka?).....

dysfunkcja narządu słuchu

dysfunkcja narządu mowy

dysfunkcja narządu wzroku

zaburzenia psychiczne

upośledzenie umysłowe

niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia

.....  
Pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie