



.....
Data wpływu wniosku

.....
Nr sprawy

**WNIOSEK
O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON
DO LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH
W MIEJSCU ZAMIESZKANIA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać "nie dotyczy". W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ..”, czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą.

- wniosek składany po raz pierwszy

- wniosek składany po raz kolejny (podać rok złożenia wniosku)

1. **Informacje o Wnioskodawcy/ dziecku / podopiecznym będącym osobą niepełnosprawną** -
należy wypełnić wszystkie pola we wniosku oraz właściwe zaznaczyć

DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

Imię.....Nazwisko..... Data urodzenia

Dowód osobisty seria numer wydany w dniu.....r.

przez..... ważny do

PESEL

Wnioskodawca osobiście rodzic dziecka opiekun prawny dziecka opiekun prawny podopiecznego

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stałyKod pocztowy -
(poczta)

Miejscowość

ulica

Nr domu Nr m. Powiat

Województwo

 miasto wieś**ADRES ZAMELDOWANIA**

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy -
(poczta)

Miejscowość

ulica

Nr domu Nr m.

Województwo

Kontakt telefoniczny: numer telefonu.....

Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)**DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO****DANE PERSONALNE**

Imię

Nazwisko

Data urodzenia:..... r.

PESEL Pełnoletni: tak nie**MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)**

(jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)

Kod pocztowy -
(poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu Nr m.

Powiat

Województwo

 miasto wieś**2. STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY /DZIECKA / PODOPIECZNEGO** całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji znaczny stopień I grupa inwalidzka całkowita niezdolność do pracy umiarkowany stopień II grupa inwalidzka częściowa niezdolność do pracy lekki stopień III grupa inwalidzka ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (wydawane do 16 roku życia)ww. dokument jest ważny: okresowo do bezterminowo**3. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY/DZIECKA/ PODOPIECZNEGO WYNIKAJĄCY Z ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** NARZĄD RUCHU, w zakresie: obu kończyn dolnych jednej kończyny dolnej

z koniecznością porusza się przy pomocy

 wózka inwalidzkiego dwóch kul balkonika

INNA DYSFUNKCJA NARZĄDU RUCHU

NARZĄD WZROKU, w zakresie: osoba niewidoma osoba niedowidząca

NARZĄD SŁUCHU, w zakresie: osoba niesłysząca osoba niedosłysząca

INNA DYSFUNKCJA NARZĄDU SŁUCHU I MOWY.....

DEFICYT ROZWOJOWY (jaki?).....

CHOROBA PSYCHICZNA (jaka?)

INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności utrudniające poruszanie się

4. ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE WNIOSKODAWCY/DZIECKA/ PODOPIECZNEGO

podstawowe gimnazjalne zawodowe

średnie ogólne średnie zawodowe policealne

wyższe inne, jakie:

5. DODATKOWE KWALIFIKACJE WNIOSKODAWCY/DZIECKA/ PODOPIECZNEGO

prawo jazdy obsługa urządzeń biurowych

znajomość języków obcych inne, jakie:.....

obsługa komputera

wykonywane zawody

6. SYTUACJA ZAWODOWA WNIOSKODAWCY/DZIECKA/PODOPIECZNEGO

zatrudniony zarejestrowany w PUP jako bezrobotny lub poszukujący pracy osoba aktualnie ucząca się

prowadzący działalność gospodarczą rencista dzieci i młodzież od 3 do 18 roku życia

bezrobotny nie zainteresowany podjęciem pracy emeryt inne, jakie:

7. WNIOSKODAWCA/DZIECKO/PODOPIECZNY zamieszkuje		
<input type="checkbox"/> samotnie	<input type="checkbox"/> z rodziną	<input type="checkbox"/> z jednym opiekunem
czy wspólnie z wnioskodawcą /dzieckiem /podopiecznym zamieszkują inne osoby niepełnosprawne :		
<input type="checkbox"/> tak, proszę podać ilość osób i stopień niepełnosprawności		
<input type="checkbox"/> nie		

8. SYTUACJA MIESZKANIOWA WNIOSKODAWCY/DZIECKA/PODOPIECZNEGO – opis budynku lub mieszkania w którym zamieszkują		
<input type="checkbox"/> dom jednorodzinny	<input type="checkbox"/> dom wielorodzinny prywatny	<input type="checkbox"/> dom wielorodzinny komunalny
<input type="checkbox"/> dom wielorodzinny spółdzielczy	<input type="checkbox"/> mieszkanie w bloku	<input type="checkbox"/> inne, jakie:.....
<input type="checkbox"/> budynek parterowy	<input type="checkbox"/> budynek piętrowy	<input type="checkbox"/> mieszkanie napiętrze
Opis budynku /mieszkania		
Powierzchniam ²	Liczba pomieszczeń.....	
<input type="checkbox"/> z kuchnią	<input type="checkbox"/> bez kuchni	<input type="checkbox"/> z łazienką
<input type="checkbox"/> bez łazienki	<input type="checkbox"/> z wc	<input type="checkbox"/> bez wc
Łazienka wyposażona jest w :	<input type="checkbox"/> wannę, <input type="checkbox"/> umywalkę	<input type="checkbox"/> prysznic z brodzikiem
Budynek / mieszkanie wyposażone jest w :		
<input type="checkbox"/> instalację wody zimnej <input type="checkbox"/> instalację wody ciepłej		
<input type="checkbox"/> kanalizację		
<input type="checkbox"/> ogrzewanie podać rodzaj ogrzewania		

9. TYTUŁ PRAWNY DO BUDYNKU LUB LOKALU WNIOSKODAWCY/DZIECKA/PODOPIECZNEGO		
<input type="checkbox"/> własność	<input type="checkbox"/> współwłasność	<input type="checkbox"/> użytkowanie wieczyste
<input type="checkbox"/> najem	<input type="checkbox"/> dzierżawa	<input type="checkbox"/> przydział lokalu
<input type="checkbox"/> inne, jakie.....		

10. PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA

11. MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA (proszę wpisać adres)

12. TERMIN ROZPOCZĘCIA I PRZEWIDYWANY CZAS REALIZACJI ZADANIA
.....

13. WYKAZ BARIER, UTRUDNIEŃ WYSTĘPUJĄCYCH W MIESZKANIU, DOMU LUB JEGO NAJBLIŻSZYM OTOCZENIU DLA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ KTÓRE MAJĄ ZOSTAĆ ZLIKWIDOWANE W RAMACH DOFINANSOWANIA

.....

.....

.....

14. WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (ROBÓT BUDOWLANYCH) DO WYKONANIA W RAMACH LIKwidACJI BARIER ARCHITEKTONICZYCH – prosimy wymienić i podać orientacyjny całkowity koszt realizacji zadania (należy szczegółowo opisać co w ramach likwidacji barier architektonicznych ma zostać wykonane)

Lp.	Zakres prac koniecznych do wykonania	
	Całkowity koszt zadania	

UWAGA! PROSIMY O SZCZEGÓLOWE I STARANNE OSZACOWANIE KOSZTÓW, GDYŻ PODSTAWĄ DOFINANSOWANIA BĘDĄ KWOTY WNIOSKOWANE.

15. KWOTA WNIOSKOWANEGO DOFINANSOWANIAW ZŁ. (nie więcej niż 95% kosztów zadania)

słownie :

16. INFORMACJA O OGÓLNEJ WARTOŚCI NAKŁADÓW DOTYCHCZAS PONIESIONYCH NA REALIZACJĘ ZADANIA DO KOŃCA MIESIĄCA POPRZEDZAJĄCEGO MIESIĄC, W KTÓRYM SKŁADANY JEST WNIOSEK WRAZ Z PODANIEM DOTYCHCZASOWYCH ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA.....

17. INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca/ dziecko/ podopieczny lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku) ze środków PFRON,

tak nie

<i>Cel</i> (nazwa programu i/ lub nazwa zadania ustawowego, w ramach którego przyznana została pomoc)	<i>Numer i data zawarcia umowy</i>	<i>Termin rozliczenia</i>	<i>Kwota przyznana (w zł)</i>	<i>Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)</i>
Razem uzyskane dofinansowanie:				

18. CZY WNIOSKODAWCA BYŁ STRONĄ UMOWY O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON I UMOWA TA ZOSTAŁA ROZWIĄZANA Z PRZYCZYŃ LEŻĄCYCH PO STRONIE WNIOSKODAWCY

tak, podać datę

nie

19. CZY WNIOSKODAWCA POSIADA WYMAGALNE ZOBOWIĄZANIA WOBEC PFRON

tak, podać rodzaj i wysokość w zł. wymagalnego zobowiązania

nie

Uwaga! Za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął

20. CZY PLANOWANE DO REALIZACJI ZADANIE BĘDZIE FINANSOWANE Z INNYCH ŹRÓDEŁ NIŻ PFRON (np. sponsor, GOPS, MOPS)

tak, podać wysokość dofinansowania.....

nie

21. UZASADNIENIE CELU DOFINANSOWANIA

1) trudności w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego, takich jak: higiena osobista, przygotowanie posiłków, przemieszczanie w obrębie domu (np. pomiędzy kuchnią, pokojem, łazienką wejściem i wyjściem z domu).....

2) proszę wskazać czy podstawowe czynności dnia codziennego Wnioskodawca wykonuje samodzielnie, przy pomocy osoby drugiej, nie jest w stanie wykonywać tych czynności

3)jakiego rodzaju problemy z poruszaniem się występują

4) proszę uzasadnić w jaki sposób likwidacja barier architektonicznych wpłynie na zmianę sytuacji podanej w pkt. 1 i 2

22. OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW I LICZBIE OSÓB POZOSTAJĄCYCH WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM

Świadomy odpowiedzialności karnej przewidzianej w art.233 § 1 i 2 Kodeksu Karnego oświadczam, że miesięczny dochód netto na osobę w rodzinie za miesiąc poprzedzający złożenie wniosku

wynosił: liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

23. ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU		
Nazwa załącznika		Dołączono do wniosku zaznaczyć właściwe – wypełnia PCPR
1.	Kserokopia ważnego orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego (oryginał do wglądu)	<input type="checkbox"/>
2.	Kserokopia ważnego orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą/ dzieckiem/ podopiecznym (oryginał do wglądu)	<input type="checkbox"/>
3.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka (oryginał do wglądu)	<input type="checkbox"/>
4.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – dotyczy opiekunów prawnych, lub pełnomocnictwo (oryginał do wglądu)	<input type="checkbox"/>
5.	Akt własności poparty aktualnym dokumentem stanowiącym o własności, umowa najmu, aktualny wypis z księgi wieczystej, wieczyste użytkowanie, zgoda właściciela budynku lub lokalu mieszkalnego	<input type="checkbox"/>
6.	Szkieł pomieszczeń, których dotyczy likwidacja barier architektonicznych z podaniem ich wymiarów, obecnego i projektowanego układu funkcjonalnego	<input type="checkbox"/>
7.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych	<input type="checkbox"/>
24. ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO II ETAPU (załączniki te wnioskodawca dostarcza po otrzymaniu informacji o przyznaniu dofinansowania)		
1.	Kosztorys inwestorski	<input type="checkbox"/>
2.	Pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach)	<input type="checkbox"/>
3.	Przyjęte pełnomocnictwo inwestora zastępczego jeżeli Wnioskodawca takiego ustanowi	<input type="checkbox"/>

Oświadczam, że :

- 1) informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania (odpowiedzialność karna przewidziana w art. 233 § 1 i 2 Kodeksu Karnego),
- 2) posiadam środki własne na pokrycie wkładu własnego będącego uzupełnieniem dofinansowania,
- 3) jestem / nie jestem płatnikiem VAT (niepotrzebne skreślić),
- 4) w przypadku zmiany danych podanych we wniosku zobowiązuje się niezwłocznie o tym fakcie powiadomić PCPR ,
- 5) przyjmuję do wiadomości, iż złożenie niniejszego wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania,
- 6) przyjmuję do wiadomości, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed zawarciem umowy o dofinansowanie,
- 7) przyjmuję do wiadomości, że w przypadku znacznego niedoboru środków PFRON w stosunku do istniejących potrzeb procent dofinansowania określony jako maksymalny 95%, może zostać obniżony.

.....
data i podpis Wnioskodawcy

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH ZWIĄZANYCH Z
REALIZACJĄ ZADANIA KTÓREGO DOTYCZY WNIOSK**

Dane osobowe przekazane przez Wnioskodawcę do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Żywcu przy ul. Ks. Pr. St. Słonki 24 (administratora danych) będą przetwarzane w celu realizacji zadania, którego dotyczy wniosek. Wnioskodawca posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku i przyznaniem dofinansowania.

.....
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)¹ (adres: miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego²:

.....
(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

przez PCPR z siedzibą w Żywcu przy ul. Ks. Pr. St. Słonki 24 (administrator danych) w celach związanych z realizacją zadania którego dotyczy wniosek, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

.....
data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

¹ niniejsze oświadczenie składa Wnioskodawca oraz dodatkowo i odrębnie - inne pełnoletnie osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do PCPR przez Wnioskodawcę we wniosku o dofinansowanie

² o ile dotyczy - niepotrzebne skreślić