

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	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Wartość
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
 korespondencję proszę wysyłać na inny adres niż miejsce zamieszkania

DANE PODOPIECZNEGO

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

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Wartość
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 I RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Wartość
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:
Numer orzeczenia:	
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"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne <input type="checkbox"/> 12-C – 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
Czy wspólnie z wnioskodawcą/ podopiecznym zamieszkują inne osoby niepełnosprawne	<input type="checkbox"/> tak, proszę podać ilość osób i stopień niepełnosprawności..... <input type="checkbox"/> nie
Inna dysfunkcja narządu ruchu, wzroku, słuchu lub mowy utrudniająca poruszanie	
Zakres dysfunkcji narządu ruchu	<input type="checkbox"/> Osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim <input type="checkbox"/> Osoba z dysfunkcją narządu ruchu w zakresie obu kończyn dolnych poruszająca się o dwóch kulach lub balkoniku <input type="checkbox"/> Osoba z dysfunkcją obu kończyn dolnych utrudniającą poruszanie się <input type="checkbox"/> Osoba niewidoma (znacznym stopniem niepełnosprawności lub całkowitą niezdolnością do pracy i samodzielnej egzystencji)

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe: indywidualne wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:.....

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:.....

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

W ciągu ostatnich trzech lat licząc od dnia złożenia wniosku nie korzystałem korzystałem ze środków PFRON na:

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

Czy wnioskodawca otrzymał już w latach poprzednich dofinansowanie ze środków PFRON na likwidację barier architektonicznych objętych wnioskiem:

tak

nie

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

PRZEDMIOT WNIOSKU

Nazwa pola	Wartość
Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:	
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):	
Słownie:	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON: (nie więcej niż 95% kosztów zadania):	
Słownie:	
co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:	
Deklarowane środki własne:	
Inne źródła finansowania:	

**Cel dofinansowania
/uzasadnienie**

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

Nazwa pola	Wartość
Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:	
Miejsce realizacji zadania: (adres użytkowania sprzętu):	
Termin rozpoczęcia:-.....-..... Dzień – miesiąc - rok
Przewidywany czas realizacji:-.....-..... Dzień – miesiąc - rok

OPIS PONIESIONYCH DOTYCHCZASOWYCH 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	Wartość
Właściciel konta	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

Konto Wykonawcy podane na fakturze lub innym 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
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"/> Umowa użyczenia <input type="checkbox"/> Inne, jakie.....
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"/> 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
- Osoba zarejestrowana w PUP jako bezrobotna lub poszukująca pracy
- Rencista poszukujący pracy
- Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
- Dzieci i młodzież do lat 18
- Inne / jakie?.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam że:

-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.

-wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

-nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

-w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

-przyjmuję do wiadomości, iż złożenie niniejszego wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania.

-przyjmuję do wiadomości, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed zawarciem umowy o dofinansowanie.

-przyjmuję do wiadomości, że w przypadku znacznego niedoboru środków PFRON w stosunku do istniejących potrzeb procent dofinansowania określony jako maksymalny 95%, może zostać obniżony,

- wyrażam zgodę na przeprowadzenie wizji w miejscu zamieszkania w celu weryfikacji danych zawartych we wniosku,

- zapoznałam/em się z dołączonym do wniosku załącznikiem nr 1 do Zarządzenia Nr 26/2023 z dnia 08.12.2023r. Kierownika PCPR w Żywcu, w sprawie ustalenia kryteriów wyboru wniosków i sposobu ich oceny, które będą stosowane przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Żywcu przy rozpatrywaniu wniosków o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych finansowanych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w 2024 roku w Powiecie Żywieckim oraz możliwymi formami wsparcia.

Uprowadzony/uprowadzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Przepisy wprowadzające Kodeks karny - 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.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU

1	Szkiec pomieszczeń, których dotyczy likwidacja barier architektonicznych z podaniem ich wymiarów, obecnego i projektowanego układu funkcjonalnego
2	Kserokopia ważnego orzeczenia osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą/dzieckiem/podopiecznym (oryginał do wglądu)
3	Kserokopia aktu urodzenia dziecka (oryginał do wglądu)
4	Kserokopia ważnego orzeczenia (oryginał do wglądu)

5	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – dotyczy opiekunów prawnych lub pełnomocnictwo (oryginał do wglądu)
6	Akt własności poparty aktualnym dokumentem stanowiącym o własności, umowa najmu, wypis z księgi wieczystej, wieczyste użytkowanie, zgoda właściciela budynku lub lokalu mieszkalnego, umowa użyczenia.