

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:	
Pocztą:	
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

<b>Niezdolność:</b>	<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
<b>Rodzaj niepełnosprawności:</b>	<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
<b>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:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny
<b>Czy wspólnie z wnioskodawcą/ podopiecznym zamieszkują inne osoby niepełnosprawne</b>	<input type="checkbox"/> tak, proszę podać ilość osób i stopień niepełnosprawności..... ..... <input type="checkbox"/> nie
<b>Inna dysfunkcja narządu ruchu, wzroku, słuchu lub mowy utrudniająca poruszanie</b>	
<b>Zakres dysfunkcji narządu ruchu</b>	<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 utrudniająca poruszanie się <input type="checkbox"/> Osoba niewidoma (znaczny stopień niepełnosprawności lub całkowita niezdolność 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:	

<b>Inne źródła finansowania:</b>	
<b>Cel dofinansowania /uzasadnienie</b>	

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

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

**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
<b>Budynek:</b>	<input type="checkbox"/> dom jednorodzinny, <input type="checkbox"/> wielorodzinny prywatny, <input type="checkbox"/> wielorodzinny komunalny, <input type="checkbox"/> wielorodzinny spółdzielczy
<b>Tytuł prawny do budynku lub lokalu wnioskodawcy/dziecka/podopiecznego</b>	<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.....
<b>Ilość pięter:</b>	<input type="checkbox"/> budynek parterowy, <input type="checkbox"/> piętrowy, <input type="checkbox"/> mieszkanie na piętrze (którym?): .....
<b>Przybliżony wiek budynku lub rok budowy:</b>	
<b>Liczba pokoi:</b>	<input type="checkbox"/> + kuchnia, <input type="checkbox"/> + łazienka, <input type="checkbox"/> + wc
<b>Łazienka jest wyposażona w:</b>	<input type="checkbox"/> wannę, <input type="checkbox"/> brodzik, <input type="checkbox"/> kabinę prysznicową, <input type="checkbox"/> umywalkę
<b>W mieszkaniu jest:</b>	<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
<b>Inne informacje o warunkach mieszkaniowych:</b>	

**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 pokrycia 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;

-nie posiadam 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 dniem zawarcia 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 30/2024 z dnia 10.12.2024r. 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, technicznych i turnusów rehabilitacyjnych finansowanych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w 2025 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	Kserokopia ważnego orzeczenia (oryginał do wglądu)
2	Kserokopia ważnego orzeczenia osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą/dzieckiem/podopiecznym (oryginał do wglądu)
3	Kserokopia aktu urodzenia dziecka (oryginał do wglądu)
4	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – dotyczy opiekunów prawnych lub pełnomocnictwo (oryginał do wglądu)
5	Klauzula informacyjna RODO

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
7	Szkic pomieszczeń, których dotyczy likwidacja barier architektonicznych z podaniem ich wymiarów, obecnego i projektowanego układu funkcjonalnego (wzór stanowi załącznik nr 1 do wniosku)
8	Kosztorys wstępny sporządzony w oparciu o średnie ceny towarów i usług wykazanych w informatorach: SEKOCENTBUD lub KATALOG NAKŁADÓW RZECZOWYCH (kosztorys powinien zawierać: wykaz niezbędnych prac wraz z wyceną i podaniem kwoty netto i brutto, koszty robocizny, wykaz materiałów niezbędnych do wykonania prac wraz z podaniem ich cen, koszt ogółem wykonania prac netto i brutto. Kosztorys powinien być podpisany przez sporządzającego i wnioskodawcę.)
9	Zdjęcia przedmiotu wniosku wykonane w kolorze, dokumentujące aktualny stan obiektu, który ma zostać poddany likwidacji barier architektonicznych. Fotografie powinny przedstawiać istniejące utrudnienia w dostępności obiektu oraz stan techniczny przed planowanym dostosowaniem. Zdjęcia muszą być wykonane w sposób umożliwiający ocenę skali i charakteru planowanych zmian. Fotografie powinny obejmować zarówno ogólny widok obiektu (pomieszczenia), jak i szczegóły dotyczące miejsc wymagających dostosowania.