**Nr sprawy: PCPR.653. ………. 2023 Data wpływu:**

# 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:** |  □ mężczyzna □ kobieta |

#### ADRES ZAMIESZKANIA

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Rodzaj miejscowości:** |  □ miasto □ wieś |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |

#### ADRES KORESPONDENCYJNY

□ Taki sam jak adres zamieszkania

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |

### DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Imię:** |  |
| **Drugie imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Płeć:** | □ mężczyzna □ kobieta |

#### ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |
| **Rodzaj miejscowości:** |  □ miasto □ wieś |

### STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:** |  □ tak □ nie |
| **Stopień niepełnosprawności:** |  □ Znaczny □ Umiarkowany □ Lekki □ Nie dotyczy |
| **Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:** |  □ bezterminowo □ okresowo– do dnia: ……………………..  |
| **Numer orzeczenia:** |  |
| **Grupa inwalidzka:** |  □ I grupa □ II grupa □ III grupa □ Nie dotyczy  |
| **Niezdolność:** |  □ Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji □ Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny □ Osoby całkowicie niezdolne do pracy □ Osoby częściowo niezdolne do pracy □ Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym □ Nie dotyczy |
| **Rodzaj niepełnosprawności:** |  □ 01-U – upośledzenie umysłowe □ 02-P – choroby psychiczne □ 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu □ osoba głucha □ osoba głuchoniema □ 04-O – narząd wzroku □ osoba niewidoma □ osoba głuchoniewidoma □ 05-R – narząd ruchu □ wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy  pomocy wózka inwalidzkiego □ dysfunkcja obu kończyn górnych □ 06-E – epilepsja □ 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia □ 08-T – choroby układu pokarmowego □ 09-M – choroby układu moczowo-płciowego □ 10-N – choroby neurologiczne □ 11-I – inne □ 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:** |  □ tak □ nie  |
| **Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):** |  □ 2 przyczyny  □ 3 przyczyny |

### 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

**Na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych ze środków finansowych PFRON:**

 □ nie korzystałem

 □ korzystałem

### CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cel dofinansowania | Nr umowy | Data zawarcia umowy | Kwota dofinansowania | Stan rozliczenia |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## 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:** |  |
| Słownie: |  |
| **co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:** |  |
| **Deklarowane środki własne:** |  |
| **Inne źródła finansowania:** |  |
| **Cel dofinansowania:** |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:** |  |
| **Miejsce realizacji zadania:** |  |
| **Termin rozpoczęcia:** |  |
| **Przewidywany czas realizacji:** |  |

### OPIS PONIESIONYCH 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 (imię i nazwisko):** |  |
| **Nazwa banku:** |  |
| **Nr rachunku bankowego:** |  |

□ Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

### OPIS BUDYNKU I MIESZKANIA

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Budynek:** |  □ dom jednorodzinny, □ wielorodzinny prywatny □ wielorodzinny komunalny, □ wielorodzinny spółdzielczy |
| **Ilość pięter:** |  □ mieszkanie na piętrze  (którym?): ………………. |
| **Przybliżony wiek budynku lub rok budowy:** |  |
| **Liczba pokoi:** |  ………………….. □ + kuchnia, □ + łazienka, □ + wc |
| **Łazienka jest wyposażona w:** |  □ wannę,  □ brodzik,  □ kabinę prysznicową,  □ umywalkę |
| **W mieszkaniu jest:** |  □ instalacja wody zimnej, □ ciepłej, □ kanalizacja,  □ centralne ogrzewanie,  □ prąd,  □ 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

□ Bezrobotny poszukujący pracy

□ Rencista poszukujący pracy

□ Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy

□ Dzieci i młodzież do lat 18

□ Inne / jakie? ……………………………………………………………………………………………………………..

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że przeciętny **miesięczny dochód,** w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił: **………………………zł.**

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

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.

**Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) - 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.**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Miejscowość* | *Data* | *Podpis Wnioskodawcy* |
|  |  |  |

### ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Plik** |
|  | Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art.62 ustawy, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust.3 ustawy, kopia orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r. |
|  | Aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności oraz wynikającej z niej dysfunkcji utrudniającej poruszanie się **(załącznik nr 1)** |
|  | Postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego – w przypadku, gdy wnioskodawca jest osobą ubezwłasnowolnioną; |
|  | Pełnomocnictwo notarialne - w przypadku, gdy w imieniu Wnioskodawcy z wnioskiem występuje jego pełnomocnik; |
|  | Kopia aktu urodzenia – w przypadku składania wniosku w imieniu małoletniego dziecka; |
|  | Aktualny wypis z Ksiąg Wieczystych (wydruk można pobrać ze strony https://ekw.ms.gov.pl ) lub wypis z rejestru gruntów. |
|  | Zgoda właściciela/współwłaściciela budynku/lokalu na wykonanie prac, w przypadku, gdy lokal jest własnością innej osoby **(załącznik nr 4)** |
|  | Dwie oferty cenowe na wnioskowane urządzenie zawierające cenę i opis techniczny(faktura PRO forma lub oferta cenowa) |
|  | Klauzula RODO **(Załącznik nr 2)** |
|  | Oświadczenie o stałym miejscu pobytu osoby niepełnosprawnej **(Załącznik nr 3)** |
| ZAŁĄCZNIKI DO II ETAPU ROZPATRYWANIA WNIOSKU |
|  | Kosztorys ofertowy szczegółowy sporządzony w oparciu o informatory SEKOCENBUD i średnie ceny rynkowe. |
|  | Rzuty pomieszczenia lub pomieszczeń i innych elementów wraz z ich wymiarami (przed i po planowanych pracach) |
|  | Pozwolenie na budowę lub decyzja właściwego organu budowlanego o nie wniesieniu sprzeciwu wobec zamiaru wykonania robót (w koniecznych przypadkach) |

### UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Plik** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |