Załącznik nr 1 do Zasad dofinansowania likwidacji barier architektonicznych w związku
z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych.

Numer sprawy

Data wpływu kompletnego wniosku

Pieczęć PCPR

**W N I O S E K**

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych w związku
z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych**

***Uwaga!! Przed wypełnieniem niniejszego wniosku należy zapoznać się z Zasadami dofinansowania likwidacji barier architektonicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych***

|  |
| --- |
| **I. Wnioskodawca** (proszę wypełnić drukowanymi literami) |
| 1. Imię (imiona) i nazwisko | 2. Imię ojca |
| 3. Dowód osobistyseria nr wydany w dniu przez  |
| 4. Nr PESEL | 5. Nr NIP |
| 6. Adres zamieszkania |
| Ulica | nr domu | nr mieszkania |
| Miejscowość | kod pocztowy | Powiat | Województwo |
| telefon (z nr kier.) | telefon komórkowy |

**I.A. Stopień niepełnosprawności**1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Znaczny stopień niepełnosprawności\ inwalidzi I grupy\ osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji |  |
| 2. | Umiarkowany stopień niepełnosprawności\ inwalidzi II grupy\ osoby całkowicie niezdolne do pracy |  |
| 3. | Lekki stopień niepełnosprawności\ inwalidzi III grupy\ osoby częściowo niezdolne do pracy\ osoby długotrwale niezdolne do pracy |  |
| 4. | Osoby w wieku do lat 16 posiadające orzeczenie o niepełnosprawności  |  |
| *Punktacja (wypełnia pracownik Centrum)* |

**I.B. Rodzaj niepełnosprawności**2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim lub wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk |  |
| 2 | Inna dysfunkcja narządów ruchu |  |
| 3 | Dysfunkcja narządu wzroku |  |
| 4 | Dysfunkcja narządów słuchu i mowy |  |
| 5 | Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe) |  |
| 6 | Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia i inne |  |
| *Punktacja (wypełnia pracownik Centrum)* |

**II. 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. | Osoby utrzymujące się z zasiłków z pomocy społecznej |  |
| 5 | Dzieci, młodzież do lat 18 |  |
| *Punktacja (wypełnia pracownik Centrum)* |

**III.A. Sytuacja mieszkaniowa - warunki mieszkaniowe (wypełnia pracownik Centrum)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Złe |  |
| 2 | Przeciętne |  |
| 3 | Dobre |  |
| 4 | Bardzo dobre |  |
| *Punktacja (wypełnia pracownik Centrum)* |

**III.B. Sytuacja mieszkaniowa – opis miejsca likwidacji barier architektonicznych**

Adres miejsca likwidacji barier architektonicznych……………………………………………………...................

1.dom jednorodzinny\*/wielorodzinny prywatny\*/wielorodzinny komunalny\*/wielorodzinny spółdzielczy\*/

2.Inne………………………………………………………………………………………………………………...

3.budynek parterowy\*/piętrowy\*/mieszkanie na……………………………………...(należy podać kondygnację)

4.przyblizony wiek budynku lub rok budowy……………………………………………………………………….

5.opis mieszkania: pokoje…..(podać liczbę) 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…………………………………………………………....................

**IV. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym
z Wnioskodawcą**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko - pokrewieństwo | niepełnosprawność | Dochód miesięczny netto |
| Stopień1 | Rodzaj2 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| *Punktacja (wypełnia pracownik Centrum)* |

**V. Średni dochód miesięczny na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy**

|  |  |
| --- | --- |
| Średni miesięczny dochód netto w gospodarstwie domowym |  |
| Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym |  |
| Średni dochód miesięczny netto na osobę |  |
| *Punktacja (wypełnia pracownik Centrum)* |

**VI. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Na likwidację barier architektonicznych korzystałem\łam1: | TAK |  | NIE |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Numer umowy | Cel umowy | Data przyznanego dofinansowania | Kwota przyznanego dofinansowania | Stan rozliczenia |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| *Punktacja (wypełnia pracownik Centrum)* |

**VII. Deklarowany udział własny Wnioskodawcy i/lub sponsora**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania |  …………% |
| 2 | Deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania | ……… % |

|  |
| --- |
| *Punktacja (wypełnia pracownik Centrum)* |

**VIII. Uzasadnienie wniosku**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**IX. Wykaz planowanych przedsięwzięć w celu likwidacji barier architektonicznych.**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**X. Termin realizacji zadania:**

Data rozpoczęcia: ……………………….….. Data zakończenia: ……….………………….

**XI. Przewidywany koszt realizacji zadania:**

Kwota: …………………….……. zł

(słownie: ……………………….………………………………………….………… złotych)

**XII. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizacje zadania (do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek):**

Kwota ……….. zł (słownie ………………………………………………………… złotych)

**XII.A. Źródła dotychczasowego finansowania zadania:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**XIII. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania:**

Kwota: .………………... zł

(słownie: ……………………………………………………………………………… złotych)

**XIV. Bank i numer rachunku bankowego, na który zostało przekazane dofinansowanie:**

(wypełnia pracownik Centrum)

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa banku | Numer rachunku bankowego |

**Uprzedzony o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.**

**O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.**

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1182, z późn. zm.)**

………………………………………………………………………….

(podpis Wnioskodawcy\*, przedstawiciela ustawowego\*, opiekuna prawnego\*, pełnomocnika)

|  |
| --- |
| **Przedstawiciel ustawowy, opiekun prawny lub pełnomocnik** |
| 1. Imię (imiona) i nazwisko | 2. Imię ojca |
| 3. Dowód osobistyseria nr wydany w dniu przez  |
| 4. Nr PESEL | 5. Nr NIP |
| 6. Adres zamieszkania |
| Ulica | nr domu | nr mieszkania |
| Miejscowość | kod pocztowy | Powiat | Województwo |
| telefon (z nr kier.) | telefon komórkowy |
| Ustanowiony opiekunem\ pełnomocnikiem na podstawie  |

**Załączniki do wniosku:**

**ETAP I**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Wykaz załączników*** | ***Dostarczono******TAK/NIE*** | ***Data uzupełnienia*** |
| 1. Kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z poźn. zm.), a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopie orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r.  |  |  |
| 2. Kopia orzeczeń, o których mowa wyżej, osób niepełnosprawnych zamieszkałych wspólnie z wnioskodawcą, w przypadku takich osób, |  |  |
| 3 Aktualne zaświadczenie lekarskie, wypełnione przez lekarza specjalistę zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności i potwierdzające konieczność zaopatrzenia w przedmiot wniosku (załącznik nr 2), |  |  |
| 4. Oświadczenie (załącznik nr 1), |  |  |
| 5. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (własność, umowa najmu, aktualny wypis z Ksiąg Wieczystych itp.) |  |  |
| 6. Oświadczenie o dochodach Wnioskodawcy (załącznik nr 3) |  |  |
| 6a. Oświadczenie o dochodach ………………………………………………... |  |  |
| 6b. Oświadczenie o dochodach ………………………………………………… |  |  |
| 6c. Oświadczenie o dochodach ………………………………………………... |  |  |
| 6d. Oświadczenie o dochodach ………………………………………………... |  |  |
| 6e. Oświadczenie o dochodach ………………………………………………... |  |  |
| 7. Inne dokumenty |
| 1) |  |  |
| 2) |  |  |
| 3) |  |  |
| 4) |  |  |
| 5) |  |  |

**ETAP II**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Wykaz załączników*** | ***Uwagi*** | ***Data uzupełnienia*** |
| 1. Szkic, projekt, wyciąg z projektu |  |  |
| 2. Kosztorys wstępny |  |  |
| 3. Zgoda właściciela budynku mieszkalnego lub lokalu, jeżeli taka zgoda jest wymagana |  |  |
| 4. Pozwolenie na budowę |  |  |
| 5. Pełnomocnictwo |  |  |

1) wstaw x we właściwym wierszu

2) wstaw właściwe oznaczenie cyfrowe z tabeli I.A. z pierwszej strony wniosku,

3) wstaw właściwe oznaczenie cyfrowe z tabeli I.B. z pierwszej strony wniosku,

\*) niepotrzebne skreślić

**Wniosek niekompletny Stwierdzam kompletność**

……………………………………….. …………………………………………

/data i podpis/ /data i podpis/

**Adnotacje przyjmującego wniosek:**

**I. Suma uzyskanych punktów: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**II. Etap I**

**Opinia merytoryczna, co do kompletności wniosku oraz zasadności zaproponowanego przez wnioskodawcę zakresu zadania:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 ………………………….

 /data i podpis/

**III. Etap II**

**Opinie merytoryczna, co do poprawności rozwiązań technicznych i kosztów oraz zgodności z katalogiem likwidacji barier:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 ………………………………………..

 /data i podpis/

**IV. Decyzja o przyznaniu dofinansowania:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………......................................................................................................................................................................................................

 …………………………..

 /data i podpis/