

PCPR.....

znak sprawy

.....

data wpływu wniosku

.....  
pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

**POWIATOWE CENTRUM POMOCY  
RODZINIE we WSCHOWIE  
ul.Pl. Kosynierów 1c**

**WNIOSEK**

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby  
niepełnosprawnej**

**A. Dane dotyczące Wnioskodawcy (dane osoby niepełnosprawnej) –  
proszę wypełnić drukowanymi literami**

Imię i nazwisko .....

syn/córka ..... data urodzenia .....

(imię ojca)

Adres zamieszkania:

Miejscowość ..... ulica ..... nr domu .....

nr lokalu ..... kod pocztowy ..... poczta .....

powiat .....

Dowód osobisty: seria ..... nr ..... wydany w dniu .....

przez .....

PESEL ..... NIP .....

Telefon (z nr kier.) .....

Informacja o posiadaniu rachunku bankowego przez Wnioskodawcę

Czy Wnioskodawca posiada rachunek bankowy?.....

Imię i nazwisko posiadacza rachunku.....

Nazwa banku.....Nr rachunku.....

**I.A. Stopień niepełnosprawności**

	Trwale	Na czas określony
<b>1. znaczny</b>		
- inwalidzi I grupy,		
- osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji,		
- osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny		
- osoby w wieku do lat 16 , którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny,		
<b>2. umiarkowany,</b>		
- inwalidzi II grupy,		
- osoby całkowicie niezdolne do pracy,		
<b>3. lekki,</b>		
- osoby częściowo niezdolne do pracy,		
- osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym		

## I.B. Rodzaj ograniczenia sprawności wnioskodawcy

1. osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim	
2. osoba poruszająca się przy pomocy innych przedmiotów ortopedycznych niż wózek inwalidzki	
3. osoba nie poruszająca się samodzielnie-leżąca	
4. osoba poruszająca się bez pomocy przedmiotów ortopedycznych, posiadająca dysfunkcję narządu Ruchu	
5. osoba całkowicie niewidoma	
6. osoba niedowidząca	
7. inne (jakie)	

## 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. dzieci i młodzież do lat 18	

## III.A. Sytuacja mieszkaniowa – warunki mieszkaniowe (wypełnia pracownik Centrum po dokonaniu wizji lokalnej)

1. zle	
2. przeciętne	
3. dobre	
4. bardzo dobre	

## III.B. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i mieszkania

1. Dom jednorodzinny\*, wielorodzinny prywatny\*, wielorodzinny komunalny\*, wielorodzinny spółdzielczy\*,
  2. inne\* .....
  3. budynek parterowy\*, piętrowy\*, mieszkanie na ..... piętrze,
  4. przybliżony 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 .....
- .....
- .....

## III.C. Sytuacja rodzinna wnioskodawcy

1. osoba mieszkająca samotnie	
2. osoba zamieszkująca wyłącznie niepełnosprawnym małżonkiem lub opiekunem lub niepełnosprawnymi członkami rodziny	
2. osoba zamieszkująca z pełnosprawnymi i niepełnosprawnymi członkami rodziny	
3. osoba zamieszkująca tylko z pełnosprawnymi członkami rodziny	

Ilość osób niepełnosprawnych zamieszkujących z Wnioskodawcą i rodzaj niepełnosprawności.

Imię i nazwisko:

1. ....
2. ....
3. ....

\* właściwe podkreślić



**VIII. 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** .....

**IX. Termin rozpoczęcia likwidacji barier architektonicznych** .....

**X. Przewidywany czas realizacji zadania** .....

**XI. Miejsce realizacji zadania (dokładny adres)** .....

**XII. Przewidywany koszt likwidacji barier architektonicznych:**.....zł

Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania zł:\*\*

cyframi : .....

(słownie: ..... zł)

**Uwaga!**

Wnioskodawca zobowiązuje się do pokrycia ze środków innych niż PFRON pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy całkowitym kosztem realizacji zadania a kwotą dofinansowania ze środków PFRON

**XIII. Inwestor zastępczy (inspektor nadzoru) wybrany przez Wnioskodawcę:**

.....  
(nazwa i dokładny adres)

..... nr telefonu .....

Oświadczam, że na podstawie art. 7 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie we Wschowie w celu ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Podane dane osobowe, zgodnie z art. 4 pkt 11 w/w rozporządzenia, tj. dobrowolnie, konkretnie, świadomie i jednoznacznie okazuję wolę oraz oświadczam, że są one zgodne z prawdą. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

Upředzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1,2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (t.j. Dz. U. z 2020 poz. 1444 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

Dofinansowanie ze środków PFRON nie przysługuje, jeżeli wnioskodawca ubiegający się o dofinansowanie ma zaległości wobec Funduszu lub był w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu i rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie wnioskodawcy.

O wszelkich zaistniałych zmianach mających wpływ na realizację wniosku zobowiązuję się powiadomić PCPR Wschowa w terminie 14 dni.

***Oświadczam, że nie posiadam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, nie byłem w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.***

***Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z PFRON i uchwaleniu planu finansowego na dany rok.***

***Posiadam wymagane minimum tj. 5% środków własnych dla kosztów realizacji zadania.***

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

\*\* Kwota wnioskowanego dofinansowania może wynosić maksymalnie do 95% przewidywanego kosztu likwidacji barier.

\* właściwe podkreślić

**Przedstawiciel ustawowy** (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik

.....syn/córka .....  
seria..... nr..... wydany w dniu ..... przez .....  
.....nr PESEL ..... NIP.....  
miejscowość ..... ulica .....nr domu .....  
nr lokalu..... nr kodu ..... - ..... poczta .....powiat .....  
województwo ..... nr tel.(z nr kier.) .....  
ustanowiony opiekunem\*/pełnomocnikiem\* .....  
(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. .... repet. nr .....)

\* właściwe podkreślić

---

**Adnotacje Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie:**

*Stwierdzam, że wniosek nie jest kompletny*

*Wezwano do uzupełnienia dokumentów do dnia:.....*

.....

Data

.....

Podpis pracownika

*Stwierdzam, że wniosek jest kompletny*

.....

Data

.....

Podpis pracownika

# OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Ja\* niżej podpisany(a).....zamieszkały(a) w  
/ imię i nazwisko /

.....  
/ adres zamieszkania /

pouczony(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, oświadczam, że jestem osobą samotnie gospodarującą\*/ prowadzę wspólne gospodarstwo domowe, w którym wraz ze mną pozostają następujące osoby:\*

\* niepotrzebne skreślić

L.p.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Dochód netto za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek	Źródło dochodu
1		Wnioskodawca		
2				
3				
4				
5				
6				
7				

**Razem:**

**Średni miesięczny dochód w mojej rodzinie**

**wynosi:** ..... zł

( należy dochód ogółem podzielić przez trzy)

Oświadczam, że **średni miesięczny dochód na osobę w mojej rodzinie**

**wynosi:** .....zł ( należy średni miesięczny dochód podzielić przez liczbę osób w rodzinie)

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem

.....  
data

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

\* w przypadku osoby niepełnoletniej wypełnia jedno z rodziców lub opiekun prawny

## Załączniki do wniosku:

### Do I etapu

1. Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (oryginał do wglądu).
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób.
3. Aktualne zaświadczenie wydane przez lekarza zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności oraz wynikających z niej dysfunkcji utrudniających samodzielne funkcjonowanie\*.
4. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych oraz poświadczenie zameldowania wydane przez właściwy urząd.
5. Dokument jednoznacznie stwierdzający właściciela posesji ze wskazaniem adresu, pod którym ma nastąpić likwidacja barier (kopia aktu własności lokalu, umowy najmu, wypis z rejestru gruntów (oryginał do wglądu), jeżeli Wnioskodawca nie jest właścicielem lokalu również zgoda właściciela na przeprowadzenie likwidacji barier architektonicznych
6. Pełnomocnictwo notarialne lub postanowienie Sądu o ustanowieniu opieki prawnej do reprezentowania Wnioskodawcy (w przypadku jego ustanowienia).
7. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania, w przypadku częściowego finansowania zadania z innych źródeł.

### Do II etapu:

1. Rysunek techniczny pomieszczenia przed likwidacją barier i po likwidacji barier architektonicznych.
2. Kosztorys i pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach).
3. Zgoda właściciela budynku (w koniecznych przypadkach).
4. Przyjęte pełnomocnictwo inwestora zastępczego ( w przypadku jego ustanowienia)
5. ....

## UWAGA!

W 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.

*Zgodnie z §6 pkt 1 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Osób Niepełnosprawnych o likwidację barier architektonicznych mogą ubiegać się osoby, które mają trudności w poruszaniu się, jeżeli są właścicielami nieruchomości lub użytkownikami wieczystymi nieruchomości albo posiadają zgodę właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego, w którym stale zamieszkują (Dz. U. z 2015 poz. 926)*

\*zaświadczenie wydane przez lekarza nie może być starsze niż 3 miesiące od daty złożenia wniosku

.....  
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE WYDANE DLA POTRZEB  
POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE**

( dla celów dofinansowania likwidacji barier architektonicznych ze środków Państwowego Funduszu  
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych)

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Adres zamieszkania.....

**Opis schorzenia:**.....

.....

.....

.....

**Zdolność poruszania się:**

samodzielnie    za pomocą kuli/kul    za pomocą balkonika    na wózku  
inwalidzkim

osoba mająca protezę

za pomocą innych przedmiotów ortopedycznych – jakich.....

.....

**Uszkodzenie narządu ruchu, w zakresie:**

brak lub niedowład kończyn/y górnych/ej

brak lub niedowład kończyn/y dolnych/ej

jednoczesnej dysfunkcji kończyny dolnej i górnej

jednoczesnej dysfunkcji, co najmniej jednej kończyny górnej i kończyn dolnych

jednoczesnej dysfunkcji kończyn górnych i dolnych

inne : .....

.....

.....  
(Data)

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)