

WNIOSEK „A”**o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych****1. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY:**

Imię _____ Nazwisko _____ Data urodzenia _____ r.

PESEL Dowód osobisty seria _____ numer _____

wydany w dniu _____ r. przez _____ data ważności _____

MIEJSCE ZAMELDOWANIA(ADRES)

- pobył stały

Kod pocztowy -

(poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok.

ADRES KORESPONDENCYJNY

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zameldowania)

Kod pocztowy -

(poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok.

Kontakt telefoniczny: nr telefonu/e' mail (o ile dotyczy):**2. OŚWIADCZENIE O DOCHODZIE**

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 _____

3. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z wnioskodawcą

Imię i Nazwisko	Niepełnosprawność	
	stopień	rodzaj
WNIOSKODAWCA:		
1. _____		
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy - <i>poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą:</i>		
2. _____		
3. _____		
4. _____		
5. _____		
6. _____		
7. _____		
8. _____		

¹ - wstaw x we właściwej rubryce

* - niepotrzebne skreślić

** - wpisać przy odpowiednim punkcie stosowne dane

4. Informacje:

I PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA		Wstaw x we właściwej rubryce
1	podnośnik, platforma schodowa, winda przyścienna i in. urządzenia do transportu pionowego	
2	podjazd	
3	przystosowanie kuchni	
4	przystosowanie łazienki	
II STOPIEŃ I RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI		
1	znaczący stopień niepełnosprawności lub równoważne	
	dysfunkcja narządu ruchu	
	dysfunkcja narządu wzroku	
	dysfunkcja narządu słuchu	
2	umiarkowany stopień niepełnosprawności lub równoważne	
	dysfunkcja narządu ruchu	
	dysfunkcja narządu wzroku	
	dysfunkcja narządu słuchu	
III SPRAWNOŚĆ RUCHOWA		
1	osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim tylko przy pomocy opiekuna	
2	osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim samodzielnie na terenie dostępnym	
3	osoba poruszająca się na stałe wyłącznie przy pomocy kul lub balkonika	
4	osoba poruszająca się samodzielnie	
IV SYTUACJA ZWODOWA		
1	zatrudniony lub prowadzący działalność gospodarczą	
2	młodzież od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca	
3	nie zatrudniony (bezrobotny lub poszukujący pracy)	
4	nie zatrudniony (emeryt lub rencista) nie zainteresowany podjęciem pracy	
5	dzieci i młodzież do lat 18	
V SYTUACJA MIESZKANIOWA		
1	WARUNKI MIESZKANIOWE (ustala wyłącznie pracownik PCPR)	
	złe	
	przeciętne	
	dobre	
2	ZAMIESZKUJE	
	samotnie	
	z rodziną	
	z osobami niespokrewnionymi	
VI ŚREDNI DOCHÓD MIESIĘCZNY NA OSOBĘ W GOSPODARSTWIE DOMOWYM WNIOSKODAWCY		
1	poniżej 200 zł	
2	201,00 - 300,00 zł	
3	301,00 - 400,00 zł	
4	401,00 - 500,00 zł	
5	501,00 - 600,00 zł	
6	601,00 - 700,00 zł	
7	701,00 - 800,00 zł	
8	801,00 - 900,00 zł	
9	powyżej 900,00 zł	
V KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW FINANSOWYCH PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH ¹		
1.	Na likwidację barier architektonicznych: nie korzystałem / korzystałem*	
	- data otrzymania dofinansowania i nr umowy _____	**
	- kwota dofinansowania (zł) _____	**
	- stan rozliczeniowy _____	**

Sprawdzenie danych zawartych w pkt. V ust.1 z dokumentacją PCPR (wypełnia PCPR)

¹ - wstaw x we właściwej rubryce

* - niepotrzebne skreślić

** - wpisać przy odpowiednim punkcie stosowne dane

2.	Korzystał na inne cele ustawowe i rozliczył się	tak/nie*
3.	Korzystał na inne cele ustawowe i jest w trakcie rozliczenia	tak/nie*
4.	Korzystał i nie rozliczył się	tak/nie*
5.	Czy Wnioskodawca ma zaległości wobec Funduszu	tak/nie*
5.1.	Czy Wnioskodawca w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku był stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy	tak/nie*
VI PROSZĘ PODAĆ LATA, W KTÓRYCH SKŁADANY BYŁ WNIOSEK NIEZREALIZOWANY Z POWODU BRAKU ŚRODKÓW FINANSOWYCH:		
ROK: _____		

VII ROK BUDOWY BUDYNKU: _____

VIII Cel likwidacji barier architektonicznych:

IX Wykaz planowanych przedsięwzięć w celu likwidacji barier:

Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania w zł _____

Słownie _____ zł.

X Termin rozpoczęcia realizacji zadania: _____

Przewidywany czas trwania realizacji zadania: _____

XI Uprzedzony o odpowiedzialności za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, iż **podejmowałem/am / nie podejmowałem/am**¹ próby zamiany lokalu, który wymagałby małego przystosowania do moich potrzeb/potrzeb mojego dziecka*, ponieważ

1. Uprzedzony o odpowiedzialności za podanie informacji niezgodnych z prawdą wynikającej z art. 233 § 1 i 2 KK za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
2. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Świeciu.
3. Oświadczam, że nie korzystałem(łam) z dofinansowania na wnioskowany cel w innym Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie.

**Podpis wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego, pełnomocnika***

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych na zasadach określonych w ustawie o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 roku (Dz. U. z 2016 roku poz. 922 ze zm.) przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą przy ul. Wojska Polskiego 195 A, 86-100 Świecie w celu realizacji niniejszego wniosku, umowy, kontroli i rozliczenia dofinansowania.

**Podpis wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego, pełnomocnika***

¹ - wstaw x we właściwej rubryce

* - niepotrzebne skreślić

** - wpisać przy odpowiednim punkcie stosowne dane

DANE PERSONALNE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (DLA MAŁOLETNIEGO WNIOSKODAWCY), OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA:

Imię _____ Nazwisko _____ Data urodzenia _____ r.

PESEL Dowód osobisty seria _____ numer _____

wydany w dniu _____ r. przez _____ data ważności _____

MIEJSCE ZAMELDOWANIA(ADRES)

- pobyt stały

Kod pocztowy -

(poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok.

ADRES KORESPONDENCYJNY

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zameldowania)

Kod pocztowy -

(poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok.

Kontakt telefoniczny: nr telefonu/e' mail (o ile dotyczy):

ustanowiony Opiekunem*/Pełnomocnikiem*

*postanowieniem Sądu Rejonowegoz dn.sygn. akt.....

*na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza.....

z dn.repet. nr.....

Podpis wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego, pełnomocnika*

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych na zasadach określonych w ustawie o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 roku (Dz. U. z 2016 roku poz. 922 ze zm.) przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą przy ul. Wojska Polskiego 195 A, 86-100 Świecie w celu realizacji niniejszego wniosku, umowy, kontroli i rozliczenia dofinansowania.

Podpis wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego, pełnomocnika*

Załączniki do wniosku:	Dołączono do wniosku: (wypełnia pracownik Centrum)		
	TAK:	NIE:	NIE DOTYCZY
1. Kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.			
2. Zaświadczenie lekarskie			
3. Kopie orzeczeń osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą.			
4. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (akt własności, umowa najmu).			
5. Zgoda właściciela budynku lub lokalu mieszkalnego na przeprowadzenie likwidacji barier architektonicznych, jeżeli taka zgoda jest wymagana.			
6. Zaświadczenie Powiatowego Urzędu Pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.			
7. Inne (wg potrzeb)			

¹ - wstaw x we właściwej rubryce

* - niepotrzebne skreślić

** - wpisać przy odpowiednim punkcie stosowne dane