

PCPR.5431. \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_ Nr rej. \_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
DATA WPLYWU WNIOSKU

**WNIOSEK**  
**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚROKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB**  
**NIEPEŁNOSPRAWNYCH LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH**

**1. Dane dotyczące Wnioskodawcy (osoby niepełnosprawnej):**

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania (miejsce realizacji zadania) \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_ Telefon \* \_\_\_\_\_

Seria \_\_\_\_\_ i numer dowodu osobistego \_\_\_\_\_ data ważności \_\_\_\_\_

wydany przez \_\_\_\_\_

**2. Dane dotyczące Przedstawiciela ustawowego/ opiekuna prawnego Wnioskodawcy:**

(należy wypełnić, gdy osoba niepełnosprawna nie jest pełnoletnia lub nie ma pełnej zdolności do czynności prawnej)

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania (miejsce realizacji zadania) \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_ Telefon \* \_\_\_\_\_

Seria \_\_\_\_\_ i numer dowodu osobistego \_\_\_\_\_ data ważności \_\_\_\_\_

wydany przez \_\_\_\_\_

**2. Czy wnioskodawca:**

a) ma zaległości wobec PFRON? **TAK:**  **NIE:**

b) w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku był stroną umowy zawartej z PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie wnioskodawcy? **TAK:**  **NIE:**

**3. Informacja o kwotach przyznanych wcześniej za Środków PFRON:**

Lp.	Cel dofinansowania	Data przyznania	Nr Umowy	Stan rozliczenia

**4. 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\*\*.

### 5. Informacje o wnioskodawcy:

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	
5	inne	
II STOPIEŃ I RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI		
1	znaczny 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	<b>WARUNKI MIESZKANIOWE</b> (ustala wyłącznie pracownik PCPR)	
	złe	
	przeciętne	
	dobrze	
	bardzo dobrze	
2	<b>ZAMIESZKUJE</b>	
	samotnie	
	z rodziną	
	z osobami niespokrewnionymi	
VI KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW FINANSOWYCH PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH <sup>1</sup>		
Na likwidację barier architektonicznych: <b>nie korzystałem / korzystałem*</b>		
VII PROSZĘ PODAĆ LATA, W KTÓRYCH SKŁADANY BYŁ WNIOSEK NIEZREALIZOWANY Z POWODU BRAKU ŚRODKÓW FINANSOWYCH:		
ROK: _____		
<b>VIII Dodatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym wnioskodawcy<sup>***</sup> :</b>		<b>NIE:</b>
- jeżeli tak to proszę uzupełnić poniższe:		<b>TAK:</b>
STOPIEŃ I RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI <sup>***</sup>		
1	znaczny 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	

**6. Dane dotyczące budynku, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych:**

- rok budowy: \_\_\_\_\_  
- numer księgi wieczystej: \_\_\_\_\_

**7. Przedmiot dofinansowania:**

---

---

---

**8. Cel dofinansowania** (musi zawierać informację o indywidualnym przeznaczeniu, odpowiedniemu przystosowaniu i niezbędności przeprowadzenia likwidacji barier architektonicznych w związku z istniejącą niepełnosprawnością):

---

---

---

**9. Przewidywany koszt realizacji zadania:**

1) Kwota 100%: \_\_\_\_\_ zł  
2) Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON (do 95%): \_\_\_\_\_ zł  
3) Kwota udziału własnego (min. 5%): \_\_\_\_\_ zł

**10. Czy Wnioskodawca będzie posiadał środki z innych źródeł finansowania TAK:  NIE:**

- jeżeli tak to proszę podać źródło finansowania: \_\_\_\_\_

**11. Termin rozpoczęcia realizacji zadania:** \_\_\_\_\_

**12. Przewidywany czas trwania realizacji zadania:** \_\_\_\_\_

**13. Informacja o kwotach przyznanych wcześniej ze środków PFRON:**

Lp.	Cel dofinansowania	Data przyznania	Nr Umowy	Stan rozliczenia

**Sprawdzenie danych zawartych w pkt. 5 poz. VI i VII oraz pkt. 13 z dokumentacją PCPR (wypełnia PCPR)**

**14. Oświadczam, że:**

- niniejsze składam świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 kodeksu karnego, który za składanie nieprawdziwych zeznań przewiduje karę pozbawienia wolności do lat 3
- jestem świadomy/a, że podanie nieprawdziwych danych we wniosku o dofinansowanie eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania
- zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić PCPR o każdej zmianie danych wskazanych we wniosku
- przyjmuję do wiadomości, iż złożenie niniejszego wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania

\_\_\_\_\_  
CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY, RODZICA  
LUB OPIEKUNA PRAWNEGO

Czy wyraża Pani/Pan zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych zamieszczonych w niniejszym wniosku o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych w zakresie:

numer/y telefonu                       wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu

przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą przy ul. Wojska Polskiego 195A, 86-100 Świecie, w celu możliwości skontaktowania się z Panią/Panem w sprawach związanych z realizacją niniejszego wniosku i/lub naliczenia punktów w trakcie oceny i kwalifikacji wniosku o dofinansowanie?

NIE     TAK

\_\_\_\_\_  
CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY, RODZICA  
LUB OPIEKUNA PRAWNEGO

*Oświadczam, że zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną udostępnioną w siedzibie PCPR w Świeciu przy ul. Wojska Polskiego 195 A lub na stronie internetowej PCPR (<http://pcpr-swiecie.rbip.mojregion.info>) i znam przysługujące mi prawa dotyczące przetwarzania moich danych osobowych.*

\_\_\_\_\_  
CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY, RODZICA  
LUB OPIEKUNA PRAWNEGO

<b><u>Załączniki do wniosku:</u></b>
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 określające sprawność ruchową wnioskodawcy (na druku PCPR w Świeciu)
3. Kopie orzeczeń osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą w przypadku wykazania ich w pkt. 5 dziale VIII wniosku wraz ze zgodą tej osoby na przetwarzanie jej danych osobowych przez PCPR w Świeciu (na druku PCPR) <sup>***</sup>
4. Zgoda właściciela budynku lub lokalu mieszkalnego na przeprowadzenie likwidacji barier architektonicznych, jeżeli taka zgoda jest wymagana (na druku PCPR w Świeciu)
5. Zaświadczenie Powiatowego Urzędu Pracy o statusie zawodowym w przypadku, gdy wnioskodawca jest osoba bezrobotną lub poszukującą pracy
6. Zaświadczenie od pracodawcy w przypadku, gdy wnioskodawca jest osobą zatrudnioną (na druku PCPR w Świeciu)
7. Zaświadczenie od dyrektora szkoły o pobieraniu nauki w przypadku, gdy wnioskodawca pobiera naukę
8. Inne (wg potrzeb).....

\* podanie niniejszych danych jest dobrowolne; nie podanie tych danych nie wpłynie na sposób rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie (podane dane będą wykorzystane tylko w celu kontaktowania się Panią/Panem w sprawach związanych z realizacją Pani/Pana wniosku o dofinansowanie),

\*\* Podanie niniejszych danych jest dobrowolne; nie podanie tych danych nie spowoduje pozostawienia wniosku bez rozpatrzenia, jednakże za tą pozycję nie zostaną naliczone punkty (po dokonaniu oceny i kwalifikacji wniosków, do realizacji zostają przeznaczone te wnioski, które uzyskały największą ilość punktów w stosunku do ilości środków finansowych przeznaczonych na realizację zadania na dany rok),

\*\*\* Podanie niniejszych danych jest dobrowolne; nie podanie tych danych nie spowoduje pozostawienia wniosku bez rozpatrzenia, jednakże za tą pozycję nie zostaną naliczone punkty (po dokonaniu oceny i kwalifikacji wniosków, do realizacji zostają przeznaczone te wnioski, które uzyskały największą ilość punktów w stosunku do ilości środków finansowych przeznaczonych na realizację zadania na dany rok); w celu weryfikacji niniejszych danych do wniosku należy dołączyć kopię orzeczenia o niepełnosprawności lub równoważne oraz zgodę tej osoby na przetwarzanie jej danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Świeciu.