

**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)**

- 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): .....**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. _____		

<sup>1</sup> - 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	znacznym 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	
	dobre	
2	<b>ZAMIESZKUJE</b>	
	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 <sup>1</sup>		
1.	Na likwidację barier architektonicznych: <b>nie korzystałem / korzystałem*</b>	
	- data otrzymania dofinansowania i nr umowy _____	**
	- kwota dofinansowania (zł) _____	**
	- stan rozliczeniowy _____	**

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

<sup>1</sup> - wstaw x we właściwej rubryce

\* - niepotrzebne skreślić

\*\* - wpisać przy odpowiednim punkcie stosowne dane

2.	Korzystał na inne cele ustawowe i rozliczył się	<b>tak/nie*</b>
3.	Korzystał na inne cele ustawowe i jest w trakcie rozliczenia	<b>tak/nie*</b>
4.	Korzystał i nie rozliczył się	<b>tak/nie*</b>
5.	Czy Wnioskodawca ma zaległości wobec Funduszu	<b>tak/nie*</b>
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	<b>tak/nie*</b>
<b>VI DEKLAROWANY UDZIAŁ WŁASNY WNIOSKODAWCY I / LUB SPONSORA</b>		
1.	deklarowany przez wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania – ponad obowiązkowe (za każde 5%-2pkt. 10%-5pkt.)	___%
2.	deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania	___%
<b>VII PROSZĘ PODAĆ LATA, W KTÓRYCH SKŁADANY BYŁ WNIOSEK NIEZREALIZOWANY Z POWODU BRAKU ŚRODKÓW FINANSOWYCH:</b>		
ROK: _____		

**X ROK BUDOWY BUDYNKU:** \_\_\_\_\_

**XI Cel likwidacji barier architektonicznych:**

**XII Wykaz planowanych przedsięwzięć w celu likwidacji barier:**

**Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania w zł** \_\_\_\_\_

**Słownie** \_\_\_\_\_ zł.

**XIII Termin rozpoczęcia realizacji zadania:** \_\_\_\_\_

Przewidywany czas trwania realizacji zadania: \_\_\_\_\_

**XIV** Uprzedzony o odpowiedzialności za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, iż **podejmowałem/am / nie podejmowałem/am<sup>1</sup>** 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 2014 roku poz. 1182 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\***

<sup>1</sup> - wstawić 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 \_\_\_\_\_

<b>MIEJSCE ZAMELDOWANIA(ADRES)</b> - pobyt stały	<b>ADRES KORESPONDENCYJNY</b> (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zameldowania)
Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ..... (poczta)	Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ..... (poczta)
Miejscowość .....	Miejscowość .....
Ulica .....	Ulica .....
Nr domu ..... nr lok. ....	Nr domu ..... nr lok. ....
Kontakt telefoniczny: nr telefonu ...../e' mail (o ile dotyczy): .....	

ustanowiony Opiekunem\*/Pełnomocnikiem\*.....  
\*postanowieniem Sądu Rejonowego .....z 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 2014 roku poz. 1182 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\*

<b>Załączniki do wniosku:</b>	<b>Dołączono do wniosku:</b> (wypełnia pracownik Centrum)		
	<b>TAK:</b>	<b>NIE:</b>	<b>NIE DOTYCZY</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			
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. Kopia dowodu osobistego wnioskodawcy.			
8. Inne (wg potrzeb).....			

<sup>1</sup> - wstaw x we właściwej rubryce

\* - niepotrzebne skreślić

\*\* - wpisać przy odpowiednim punkcie stosowne dane