

.....
Nr sprawy/rejestru wniosków

.....
Data wpływu Wniosku

**WNIOSEK
O UDZIELENIE DOFINANSOWANIA NA LIKWIDACJĘ BARIER
ARCHITEKTONICZNYCH DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

A. Dane dotyczące Wnioskodawcy (w przypadku małoletnich /dzieci i młodzież do lat 18/ dane o dziecku wypełnia rodzic lub opiekun prawny)

Nazwisko i imię/imiona

numer NIPPesel.....

Adres zamieszkania: kod pocztowy.....miejscowość.....

ulica.....nr domunr lokalu.....nr telef.

nr rachunku bankowego.....

nazwa banku.....

B. Dane dotyczące dziecka (wpisać w przypadku, gdy osobą niepełnosprawną jest dziecko)

Nazwisko i imię/imiona

data i miejsce urodzenia.....Pesel.....

Adres zamieszkania kod pocztowy.....miejscowość.....

ulica.....nr domunr lokalu.....

I. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (wstawić X we właściwe pole)

Dysfunkcja narządów ruchu: z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim*; brak lub amputacja dłoni lub rąk*; amputacja nóg*	
Inna dysfunkcja narządów ruchu (opisać jaka)	
Dysfunkcja narządów wzroku	
Dysfunkcja narządów słuchu lub mowy	
Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia (opisać z jakiego powodu)	

II. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (wstawić X we właściwej rubryce)

Znaczny (inwalida I grupy)	
Umiarkowany (inwalida II grupy)	
Lekki (inwalida III grupy)	
Dziecko z orzeczoną niepełnosprawnością (do lat 16)	
Osoby o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym na podstawie orzeczenia wydanego przed 1998 r.	

III. SYTUACJA ZAWODOWA (wstawić X we właściwej rubryce)

Zatrudniony*/ prowadzący działalność gospodarczą*	
Młodzież od 18 do 24 lat ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca*	
Bezrobotny poszukujący pracy*/ rencista poszukujący pracy*	
Rencista*/ emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy	
Dzieci i młodzież do 18 roku życia	

IV. SYTUACJA MIESZKANIOWA

A. Opis budynku i mieszkania

- Dom jednorodzinny*, wielorodzinny prywatny*, wielorodzinny komunalny*, wielorodzinny spółdzielczy*, inne*.....
- Budynek parterowy*, piętrowy*, mieszkanie na (*podać kondygnację*)
- Przybliżony wiek budynku lub rok budowy.....
- Opis mieszkania: pokoje.....(*podać liczbę*), z kuchnią*, bez kuchni*, z łazienką*, bez łazienki*, z wc*, bez wc*, łazienka wyposażona jest w wannę*, brodzik*, kabinę prysznicową*, umywalkę*.
- W mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej*, ciepłej*, kanalizacja*, centralne ogrzewanie*, prąd*, gaz*
- Inne informacje o warunkach mieszkaniowych (utrudnieniach dla osoby niepełnosprawnej).....
.....
.....

* *niepotrzebne skreślić*

B. Sytuacja mieszkaniowa

Osoba zamieszkująca samotnie*, osoba zamieszkująca z rodziną, osoba zamieszkująca z innymi osobami nie spokrewnionymi*.

C. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym

1. WNIOSKODAWCA :		
POZOSTALI CZŁONKOWIE WSPÓLNEGO GOSPODARSTWA DOMOWEGO	STOPIEŃ I RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	ŚREDNI MIESIĘCZNY DOCHÓD NETTO
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

V. INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON W PRZECIĄGU OSTATNICH TRZECH LAT (TAK*/NIE*):

CEL DOFINANSOWANIA	NUMER UMOWY	KWOTA PRYZNANEGO DOFINANSOWANIA	STAN ROZLICZENIA

VI. CEL DOFINANSOWANIA LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH

Wskazanie istniejących barier architektonicznych, opis obecnej sytuacji mieszkaniowej wnioskodawcy, **wykazanie/uzasadnienie** ,że usunięcie barier poprawi sytuację osoby niepełnosprawnej.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

VII. MIEJSCE REALIZACJI PRZEDSIĘWZIĘCIA (adres).

.....

VIII. WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ I ZAKUPÓW W CELU LIKWIDACJI BARIER (w kolejności od najważniejszych dla wnioskodawcy).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

IX. PRZEWIDYWANY KOSZT REALIZACJI ZADANIA (łączna kwota z oferty kosztorysowej).....zł
słownie.....zł
w tym deklarowany wkład własny (minimum 5% łącznej kwoty przedsięwzięcia).....zł
wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRONzł

OŚWIADCZENIE:

1. Przyjmuję do wiadomości, że administratorem zebranych danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Tczewie, ul. Wojska Polskiego 6.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON do likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej zgodnie z art. 35 a ust. 1 pkt 7d ustawy z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2011 r. Nr 127 poz. 721 ze zmianami).
3. Oświadczam, że znam prawo do wglądu, zmiany i żądania zaprzestania przetwarzania swoich danych.
4. Podanie danych jest dobrowolne.
5. Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r.- Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 ze zmianami) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
6. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

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

* niepotrzebne skreślić

Obowiązkowe załączniki do wniosku :

1. Kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2011 r. Nr. 127, poz. 721 z późniejszymi zmianami),
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób,
3. Oświadczenie o dochodach Wnioskodawcy i osób zamieszkujących wspólnie z Wnioskodawcą (Załącznik nr 1),
4. Wstępny kosztorys ofertowy (Załącznik nr 2),
5. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, **jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu** (Załącznik nr 3),
6. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (własność, umowa najmu),
7. Zgoda właściciela budynku (w koniecznych przypadkach).

W uzasadnionych przypadkach może być wymagane pozwolenie na budowę, projekt budowlany lub wyciąg z projektu budowlanego ze wskazaniem planowanych prac oraz zestawieniem kosztów planowanych prac lub zakupów potwierdzonych przez inspektora budowlanego.

OŚWIADCZENIE
o dochodach Wnioskodawcy oraz osób pozostających
we wspólnym gospodarstwie domowym

Niniejszym oświadczam, iż zamieszkuję samotnie / z innymi osobami we wspólnym gospodarstwie domowym, a wysokość **przeciętnego miesięcznego dochodu na jedną osobę** obliczonego z okresu trzech ostatnich miesięcy, pomniejszonego o zaliczkę na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego, kwotę alimentów, kwotę zasiłków rodzinnych i pielęgnacyjnych

wynosi..... zł

słowniezł

Uwaga:

W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzja, na podstawie której przyznano środki finansowe PFRON, zostanie anulowana a Wnioskodawca zobowiązany zostanie do zwrotu przekazanych przez PCPR środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonania przez PCPR płatności tych środków.

Pouczenie:

Osoba składająca niniejsze oświadczenie ma prawo do wglądu do swych danych oraz do ich uzupełniania i sprostowania, a także do wniesienia pisemnego, umotywowanego żądania zaprzestania przetwarzania jej danych.

.....
Data

.....
Czytelny podpis Wnioskodawcy

**KOSZTORYS OFERTOWY DOTYCZĄCY LIKWIDACJI BARIER
ARCHITEKTONICZNYCH**

	Zaznaczyć x właściwe	Ilość sztuk lub metrów 2	Cena wraz z podatkiem VAT	Uwagi
Kabina prysznicowa				
Sedes dla niepełnosprawnych (specjalistyczny)				
Umywalka dla niepełnosprawnych (specjalistyczna)				
Bateria umywalkowa				
Bateria prysznicowa				
Wybudowanie aneksu prysznicowego (materiał)				
Siedzisko prysznicowe				
Uchwyt zwykły				
Poręcz kątowa				
Glazura ścienna w obrębie kabiny				
Terakota antypoślizgowa w łazience (z atestem na antypoślizgowość)				
Terakota antypoślizgowa w wc (z atestem na antypoślizgowość)				
Podgrzewacz wody				

Grzejnik				
Materiały pomocnicze dotyczące prac hydraulicznych				
Materiały pomocnicze dotyczące ułożenia glazury, terakoty				
Robocizna				
Panele antypoślizgowe				
Okno z obniżoną klamką				
Drzwi o szerokości min 90 cm (w związku z poszerzeniem bądź likwidacją progu)				
Inne materiały pomocnicze				
			Suma zł	

Podpis wnioskodawcy

Podpis (pieczętka) osoby sporządzającej kosztorys

- ceny powinny zawierać podatek VAT
- wolne rubryki przeznaczone są na nie wymienione urządzenia bądź materiały, które są niezbędne wnioskodawcy w związku z przystosowaniem pomieszczenia dla jego potrzeb
- Powiatowe Centrum zastrzega sobie prawo do weryfikacji złożonej oferty kosztorysowej pod względem cen (przyjmuje się cenę rynkową uśrednioną)
- niniejszy kosztorys stanowi załącznik do 2 do wniosku dotyczącego likwidacji barier architektonicznych

(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko

Data urodzenia

PESEL

Adres zamieszkania

I. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....

.....

II. Niepełnosprawność pacjenta dotyczy (zaznaczyć właściwe):

brak obu kończyn górnych

brak jednej kończyny górnej

brak obu kończyn dolnych

brak jednej kończyny dolnej

znaczny niedowład obu kończyn górnych

znaczny niedowład obu kończyn dolnych

jednoczesna dysfunkcja kończyny dolnej i górnej

jednoczesna dysfunkcja kończyn górnych i dolnych

dysfunkcja narządu wzroku

dysfunkcja narządu słuchu

dysfunkcja narządu mowy

deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)

inne schorzenie:

.....

III. Czy wymaga opieki osób drugich – stałej / częściowej, w jakim zakresie:

.....

.....

Zaświadczenie lekarskie wydaje się celem przedłożenia Komisji rozpatrującej wnioski o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier architektonicznych.

.....

Data

.....

Podpis i pieczęć lekarza

