

**WNIOSK**  
**WNIOSK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB**  
**NIEPEŁNOSPRAWNYCH LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH**  
**W ZWIĄZKU Z INDYWIDUALNYMI POTRZEBAMI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

**DANE WNIOSKODAWCY**

**DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

<b>Imię:</b>		<b>Drugie imię:</b>	
<b>Nazwisko:</b>		<b>PESEL:</b>	
<b>Data urodzenia:</b>		<b>Płeć:</b>	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

**ADRES ZAMIESZKANIA**

<b>Miejscowość:</b>		<b>Ulica:</b>	
<b>Numer domu:</b>		<b>Numer lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>		<b>Poczta:</b>	
<b>Rodzaj miejscowości:</b>	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś	<b>Numer telefonu:</b>	
<b>Adres email:</b>			

**ADRES KORESPONDENCYJNY**

**taki sam jak adres zamieszkania**

<b>Miejscowość:</b>		<b>Ulica:</b>	
<b>Numer domu:</b>		<b>Numer lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>		<b>Poczta:</b>	

**DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**

<b>Imię:</b>		<b>Drugie imię:</b>	
<b>Nazwisko:</b>		<b>PESEL:</b>	
<b>Data urodzenia:</b>		<b>Płeć:</b>	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

**ADRES ZAMIESZKANIA i DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO**

**dane takie same jak Wnioskodawcy**

<b>Miejscowość:</b>		<b>Ulica:</b>	
<b>Numer domu:</b>		<b>Numer lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>		<b>Poczta:</b>	
<b>Rodzaj miejscowości:</b>	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś	<b>Numer telefonu:</b>	
<b>Adres email:</b>			

## STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<b>Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:</b>		<input type="checkbox"/> <b>tak</b> <input type="checkbox"/> <b>nie</b>	
<b>Stopień niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> <b>nie dotyczy</b>	<b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia: _____
<b>Grupa inwalidzka:</b>	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> <b>nie dotyczy</b>	<b>Niezdolność:</b>	<input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> <b>nie dotyczy</b>
<b>Rodzaj niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> 01-U	upośledzenie umysłowe	
	<input type="checkbox"/> 02-P	choroby psychiczne	
	<input type="checkbox"/> 03-L	zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	<input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema
	<input type="checkbox"/> 04-O	narząd wzroku	<input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma
	<input type="checkbox"/> 05-R	narząd ruchu	<input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych
	<input type="checkbox"/> 06-E	epilepsja	
	<input type="checkbox"/> 07-S	choroby układu oddechowego i krążenia	
	<input type="checkbox"/> 08-T	choroby układu pokarmowego	
	<input type="checkbox"/> 09-M	choroby układu moczowo-płciowego	
	<input type="checkbox"/> 10-N	choroby neurologiczne	
	<input type="checkbox"/> 11-I	inne	
	<input type="checkbox"/> 12-C	całościowe zaburzenia rozwojowe	
<b>Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:</b>		<input type="checkbox"/> <b>tak</b> <input type="checkbox"/> <b>nie</b>	<b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b> <input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

## ŚREDNI DOCHÓD

<b>Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:</b>	<input type="checkbox"/> <b>indywidualnie</b> <input type="checkbox"/> <b>wspólne</b>
<b>Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy<sup>1</sup>:</b>	
<b>Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:</b>	

## KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

(zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny i/lub likwidacja barier architektonicznych i/lub w komunikowaniu się i/lub technicznych i/lub dofinansowania w ramach programu Aktywny samorząd)

<b>Ze środków finansowych PFRON:</b>	<input type="checkbox"/> <b>nie korzystałam/em</b> <input type="checkbox"/> <b>korzystałam/em</b>			
CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANÝCH ŚRODKÓW PFRON				
CEL DOFINANSOWANIA	NUMER UMOWY	DATA ZAWARCIA UMOWY	KWOTA DOFINANSOWANIA	STAN ROZLICZENIA

<sup>1</sup> przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku

**PRZEDMIOT WNIOSKU****PRZEDMIOT 1**

<b>Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:</b>			
<b>Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):</b>	Słownie:	<b>Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:</b>	
		Słownie:	
Słownie:		<b>co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:</b>	
<b>Deklarowane środki własne:</b>			
<b>Inne źródła finansowania:</b>			
<b>WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER</b>			
<b>Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:</b>			
<b>Miejsce realizacji zadania:</b>			
<b>Termin rozpoczęcia:</b>			
<b>Przewidywany czas realizacji:</b>			
<b>OPIS PONIESIONYCH NAKŁADÓW</b>			
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: _____			
<b>FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH</b>			
<input type="checkbox"/> przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:			
Właściciel konta (imię i nazwisko):			
Nazwa banku:			
Numer rachunku bankowego:			
<input type="checkbox"/> przekazem pocztowym na adres zamieszkania Wnioskodawcy			
<input type="checkbox"/> <b>konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi</b>			
<b>OPIS BUDYNKU I MIESZKANIA</b>			
<b>Budynek:</b>	<input type="checkbox"/> dom jednorodzinny <input type="checkbox"/> wielorodzinny prywatny <input type="checkbox"/> wielorodzinny komunalny <input type="checkbox"/> wielorodzinny spółdzielczy	<b>Ilość pięter:</b>	<input type="checkbox"/> budynek parterowy <input type="checkbox"/> piętrowy <input type="checkbox"/> mieszkanie na piętrze: _____
Przybliżony wiek budynku lub rok budowy: _____			
<b>Liczba pokoi:</b>	<input type="checkbox"/> + kuchnia	<input type="checkbox"/> + łazienka	<input type="checkbox"/> + wc
<b>Łazienka wyposażona jest:</b>	<input type="checkbox"/> wannę	<input type="checkbox"/> brodzik	<input type="checkbox"/> kabinę prysznicową
<b>W mieszkaniu jest:</b>	<input type="checkbox"/> instalacja wody zimnej	<input type="checkbox"/> ciepłej	<input type="checkbox"/> kanalizacja
		<input type="checkbox"/> centralne ogrzewanie	<input type="checkbox"/> prąd
			<input type="checkbox"/> gaz
<b>Informacja o warunkach mieszkaniowych:</b>			
<b>SYTUACJA ZAWODOWA</b>			
<input type="checkbox"/> zatrudniony/ prowadzący działalność gospodarczą		<input type="checkbox"/> bezrobotny poszukujący pracy	
<input type="checkbox"/> osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca		<input type="checkbox"/> rencista poszukujący pracy	
<input type="checkbox"/> rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy		<input type="checkbox"/> dzieci i młodzież do lat 18	
<input type="checkbox"/> inne/jakie:			

## INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

### OŚWIADCZENIE

1. W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.
2. Oświadczam, iż nie mam zaległości wobec PFRON.
3. Oświadczam, że w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku nie byłem/byłem stroną umowy zawartej z PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
4. Zgodnie z § 14 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015 roku poz. 926 ze zm.) oraz § 6 ust. 5 szczegółowych zasad i procedur udzielania osobie fizycznej dofinansowania ze środków PFRON do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny stanowiących załącznik nr 1 do Zarządzenia Starosty Świeckiego nr 216/14 z dnia 24 lutego 2014 roku ze zm. przyjmuję do wiadomości, iż **dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionego przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.**
5. Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r. poz. 1444, 1517.) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

*Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych dostępna jest w siedzibie PCPR ul. Wojska Polskiego 195 A, 86-100 Świecie oraz na stronie internetowej PCPR (<http://pcpr-swiecie.rbip.mojregion.info>)*

MIEJSCOWOŚĆ	DATA	PODPIS WNIOSKODAWCY

### ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

1. Kserokopia orzeczenia lub wypisu z treści orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności lub o niezdolności do pracy lub o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów, albo kopię orzeczenia o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego na stałe przed dniem 1 stycznia 1998r.
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)\*
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. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych właściciela budynku, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (w przypadku gdy właścicielem jest osoba prywatna)- na druku PCPR w Świeciu.
9. Inne (wg potrzeb)

\* 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.