

.....
data wpływu kompletnego wniosku (dzień, miesiąc, rok)

.....
pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

Dane dotyczące Wnioskodawcy (proszę wypełnić drukowanymi literami)

.....syn/córka*.....
imię (imiona) i nazwisko *imię ojca*

seria nr wydany w dniu przez

.....
dowód osobisty

nr PESEL nr NIP

miejsowość ulica....., nr domu..... nr lokalu.....
adres stałego zameldowania

nr kodu - poczta powiat

województwo nr tel. /fax (z nr kier.)

Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik

1. znaczny	
•Inwalidzki I grupy	
•osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
•Osoby całkowicie niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
•Osoby w wieku do lat 16	
2. Umiarkowany	
•Inwalidzki II grupy	
•Osoby całkowicie niezdolne do pracy	
3. Lekki	
•Pozostali inwalidzi III grupy	
1. Osoby częściowo niezdolne do pracy	
•Osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

Rodzaj niepełnosprawności

1.dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim: wrodzony brak albo niedowład dłoni lub rąk	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządu słuchu	
5. dysfunkcja narządu mowy	
6. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
7. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Korzystałem(am) z dofinansowania:

- | | | |
|---|------------|------------|
| •do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON | tak | nie |
| •do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego | tak | nie |
| •do likwidacji barier w komunikowaniu się | tak | nie |
| •do likwidacji barier technicznych | tak | nie |
| •do likwidacji bariera architektonicznych | tak | nie |
| •do przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych | tak | nie |

Jestem zatrudniony/a w zakładzie pracy chronionej **tak** **nie**

Sytuacja mieszkaniowa

- zamieszkuje samotnie* z rodziną *z osobami nie spokrewnionymi
- dom jednorodzinny* wielorodzinny prywatny*wielorodzinny komunalny*wielorodzinny spółdzielczy*
- inne*.....
- budynek parterowy*piętrowy*mieszkanie na.....(proszę 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 jest wyposażona w: wannę*, w brodzik*, kabinę prysznicową*, umywalkę*
- w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej*,kanalizacja*, centralne ogrzewanie*, prąd*, gaz*
- inne informacje o warunkach mieszkaniowych
-
-
-
-
-

Proszę o dofinansowanie

.....
.....
.....
.....
.....

pełny koszt zadania..... zł
słownie:zł

Cel likwidacji barier architektonicznych

.....
.....
.....
.....

Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier i orientacyjny koszt (w kolejności od najważniejszego dla Wnioskodawcy)

.....
.....
.....
.....

Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym

	Nazwisko i Imię	Stopień pokrewieństwa	Dochód (netto)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Oświadczam, że miesięczny dochód/ obliczony zgodnie z wyjaśnieniem/, przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił.....

Powyższy dochód nie jest obciążony z tytułu wyroków sądowych lub innych tytułów.
Prawdziwość powyższych danych stwierdzam pod odpowiedzialnością karną własnoręcznym podpisem.

.....
miejscowość i data

.....
**podpis wnioskodawcy
lub przedstawiciela ustawowego**

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), Rodzic, Opiekun prawny lub Pełnomocnik

..... syn/córka*
imię (imiona) i nazwisko *imię ojca*

seria nr wydany w dniu przez
dowód osobisty

..... nr PESEL nr NIP

miejsowość ulica nr domu nr lokalu
adres stałego zameldowania

nr kodu- poczta powiat
województwo nr tel. Fachu (z nr kier.)

ustanowiony Opiekun*/Pełnomocnikiem*

postanowieniem Sadu Rejonowego z dnia sygn. Akt
na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza

z dnia repet. Nr

.....
podpis przedstawiciela ustawowego

Wyrażam zgodę , w związku z art. 23 ust.1 i ust. 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133 poz. 883) na wykorzystywanie danych w związku z niniejszym wnioskiem. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

.....
**podpis Wnioskodawcy
lub przedstawiciela ustawowego**

Załączniki do wniosku:

1. aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne;
2. aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności oraz problemach wynikających z niepełnosprawności;
3. udokumentowana podstawa prawna do lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych;
4. zgoda właściciela lokalu, czy budynku mieszkalnego w którym osoba niepełnosprawna stale zamieszkuje;
5. zaświadczenie o dochodach Wnioskodawcy i osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym (odcinki z rent, emerytur, zaświadczenia o wynagrodzeniu, decyzje o zasiłku)

POUCZENIE

Dochody osobiste i dochody rodziny to suma przychodów z różnych źródeł. Średni miesięczny dochód pomniejsza się o podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym. Średni miesięczny dochód należy przedstawić za kwartał, poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

