

nr kolejny wniosku

pieczęć PCPR

data wpływu kompletnego wniosku

WNIOSK

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

Wnioskodawca (proszę wypełnić drukowanymi literami)

nr PESEL.....
imię (imiona) i nazwisko

seria.....nrwydany w dniuprzez.....
dowód osobisty

miejsowość..... ulica
adres stałego zamieszkania

nr domu nr lokalu kod poczta.....powiat.....

województwo..... telefon /fax

Nazwa Banku.....Numer rachunku.....

I.A. Stopień niepełnosprawności

1. Znaczny	
- inwalidzi I grupy	
- osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
- osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
- osoby w wieku do 16 (w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat) , którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
2. umiarkowany	
- inwalidzi II grupy	
- osoby całkowicie niezdolne do pracy	
3. lekki	
- i inwalidzi III grupy	
- osoby częściowo niezdolne do pracy	
- osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

I.B. Rodzaj niepełnosprawności

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

II. Sytuacja zawodowa ¹

1. zatrudnienie /prowadzący działalność gospodarczą/*	
2. osoba w wieku od 18 do 24 ,ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca*	
3. bezrobotny poszukujący pracy* /rencista poszukujący pracy/*	
4. rencista*/ emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy	
5. dzieci i młodzież do lat 18	

III. Sytuacja mieszkaniowa –opis budynku i mieszkania

1. dom jednorodzinny * wielorodzinny prywatny*, wielorodzinny komunalny* , wielorodzinny spółdzielczy*
Inne *
2. budynek parterowy * , piętrowy * , mieszkanie na(proszę podać kondygnację)
3. przybliżony wiek budynku lub rok budowy
4. opis mieszkania : pokoje (podać liczbę) , z kuchnią * , bez kuchni ,z łazienka* , bez łazienki* , z wc* , bez wc*
5. łazienka jest wyposażona w wannę * , brodzik* , kabinę prysznicowa , umywalkę*
6. w mieszkaniu jest instalacja wody zimnej * , ciepłej* , kanalizacja* , centralne ogrzewanie * , prąd * , gaz* ,
7. inne informacje o warunkach zamieszkania

-
.....
• niepotrzebne skreślić

III. Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje

1. samotnie	
2. z rodziną	
3. z osobami nie spokrewnionymi	

IV. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą (w tym osoby niepełnosprawne)

Imię i nazwisko – pokrewieństwo	Niepełnosprawność		Dochód miesięczny netto
	Stopień ¹	rodzaj ²	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

V. Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy

1. poniżej 100,00	
2. 101,00 - 200,00	
3. 201,00 – 300,00	
4. 301,00 – 401,00	
5. 401,00 – 500,00	
6. 501,00 – 601,00	
7. 601,00 – 700,00	
8. 701,00 – 800,00	
9. powyżej 800,00	

¹ Proszę wstawić właściwe oznaczenie cyfrowe z tablicy I.A

² proszę wstawić właściwe oznaczenie cyfrowe z tablicy I.B.

XI. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania:.....zł

(słowniezł)

a) **Informacja o ewentualnym dofinansowaniu z innych źródeł, przeznaczonym na ten cel**

.....

XII. Przewidywany termin rozpoczęcia i czas realizacji przedsięwzięcia

.....

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej oświadczam że wszystkie dane zawarte we wniosku i w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni .

Przyjmuję do wiadomości, że złożony wniosek zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i uchwaleniu planu wydatków na dany rok budżetowy

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

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy) , opiekun prawny lub pełnomocnik

.....syn/córka

seria i nr dowoduwydany w dniu

przez.....

nr PESEL miejscowość

ulica nr domu. nr lokalu.....

nr kodu poczta..... powiat

województwo..... nr tel. / fax.....

ustanowiony opiekunem */pełnomocnikiem*

(postanowieniem Sądu z dniana mocy pełnomocnictwa potwierdzonego

przez Notariusza z dnia repet. Nr

.....)

Załączniki do wniosku

Do I etapu

1. Kopia dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność (oryginał do wglądu)
2. Kopia dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą w przypadku takich osób (oryginał do wglądu).
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności.
4. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu , w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (własność , umowa , najmu)
5. Zgoda właściciela budynku lub lokalu w którym ma nastąpić likwidacja barier, jeżeli jest wymagana.
6. Oświadczenie o dochodach Wnioskodawcy i osób zamieszkujących wspólnie z Wnioskodawcą

O Ś W I A D C Z E N I E

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu orzeczniczego zgodnie z Rozporządzeniem w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych Dz.U. 2019 poz. 1781 z 30.08.2019.

.....
data i podpis osoby zainteresowanej

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci nr telefonu i/lub adresu e-mail wpisanego we wniosku w celu przekazania informacji dotyczącej postępowania

.....
data i podpis osoby zainteresowanej

Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek złożony w dniu zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i uchwaleniu planu finansowego na rok przez Radę Powiatu.

.....
Podpis osoby przyjmującej oświadczenie

.....
Data Podpis osoby składającej oświadczenie

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych
prosimy wypełnić czytelnie

1. Imię i nazwisko Pacjenta

.....

2. PESEL

3. Zakres dysfunkcji pacjenta i ich wpływ na funkcjonowanie (opis)

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

4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:

.....
.....

5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (*proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką*):

	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętka, nr i podpis lekarza
	Brak obu kończyn górnych/dolnych, na wysokości/od:	pieczętka, nr i podpis lekarza
	Znaczny niedowład obu kończyn górnych/dolnych, objawiający się:	pieczętka, nr i podpis lekarza
	Inne schorzenia:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza

O Ś W I A D C Z E N I E

Wnioskodawczy o dochodach w gospodarstwie domowym

(w przypadku osób samotnych, w oświadczeniu należy uwzględnić dane dotyczące tylko Wnioskodawcy)

Ja niżej podpisany(a)

(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

zamieszkały(a).....

(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

niniejszym oświadczam, iż razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

Lp	Imię i Nazwisko	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Data urodzenia	Czy pobiera naukę (tak/nie)	Miesięczny dochód netto (za kwartał poprzedzający miesiąc złożenie wniosku) ¹
Dane dotyczące Wnioskodawcy:					
1.					

Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego ¹ :					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
Razem					

Oświadczam, że:

przeciętny miesięczny dochód rodziny pomniejszony o należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowych i chorobowego, składki na ubezpieczenie zdrowotne, kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku o dofinansowanie przypadający na jedną osobę

w moim gospodarstwie domowym wyniósł złgr.²

Świadomy odpowiedzialności karnej (art. 233 § 1 kk) za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu podane zostały zgodnie z prawdą. Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., data/...../20..... r.

(miejscowość)

(podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego)

¹ Do najbliższej rodziny pozostającej we wspólnym gospodarstwie domowym, zalicza się odpowiednio następujących członków rodziny: małżonków, rodziców dzieci, opiekuna faktycznego dziecka oraz pozostające na utrzymaniu dzieci do 18 r. życia, uczące się dzieci do ukończenia 25 roku życia, a także dziecko, które ukończyło 25 rok życia legitymujące się orzeczeniem, o znacznym stopniu niepełnosprawności, jeżeli w związku z tą niepełnosprawnością rodzinie przysługuje świadczenie pielęgnacyjne; do członków rodziny nie zalicza się dziecka pozostającego pod opieką opiekuna prawnego;

Za dochody uwzględniane przy wyliczeniu średnich miesięcznych dochodów rodziny, uważa się:

1. wynagrodzenie uzyskiwane w ramach stosunku pracy, z tytułu umowy zlecenia, umowy o dzieło, umowy agencyjnej lub umowy o pracę nakładczą,
2. dochody z tytułu:
 - a) członkostwa spółdzielni,
 - b) wykonywania wolnego zawodu,
 - c) działalności twórczej lub artystycznej,
 - d) działalności gospodarczej lub współpracy przy prowadzeniu takiej działalności,
 - e) działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne,
3. dochody uzyskane z gospodarstwa rolnego,
4. świadczenie pieniężne z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa,
5. emerytury, renty inwalidzkie i renty rodzinne wraz ze wszystkimi wzrostami i dodatkami, z wyjątkiem dodatków pielęgnacyjnych,
6. stypendia określone w przepisach o systemie oświaty, o szkolnictwie wyższym oraz w przepisach o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki, a także inne stypendia przyznawane uczniom lub studentom,
7. zasiłki wychowawcze i zasiłki rodzinne,
8. dodatki mieszkaniowe i inne,
9. renty socjalne, stałe zasiłki, stałe zasiłki wyrównawcze, świadczenia przyznawane rodzinom zastępczym i inne na podstawie przepisów ustawy o pomocy społecznej,
10. alimenty na rzecz dzieci oraz zaliczkę alimentacyjną określoną w przepisach o postępowaniu wobec dłużników alimentacyjnych oraz zaliczce alimentacyjnej,
11. zasiłki z Funduszu Pracy,
12. Inne.

Sposób wyliczenia przeciętnego dochodu rodziny:

1. W tabeli należy wpisać średni miesięczny dochód netto (dochód brutto pomniejszony o należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne, składki na ubezpieczenie zdrowotne, o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób) oraz kwoty innych dochodów (średnie miesięczne) niepodlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych dla poszczególnych członków rodziny.

$$\text{przeciętny miesięczny dochód rodziny} = \frac{\text{łączny dochód miesięczny rodziny (RAZEM)}}{\text{liczba osób w gospodarstwie domowym}}$$