

pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

nr kolejny wniosku

Załącznik nr 2

Do zasad udzielania dofinansowania osobie fizycznej na likwidację barier architektonicznych ze środków finansowych PFRON

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

WNIOSEK

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

A. 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
miejscowość ulica nr domu nr lokalu
..... dokładny adres
nr kodu - poczta powiat
województwo nr tel./ faxu (z nr kier.) **

I.A. Stopień niepełnosprawności ⁽¹⁾

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, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
❖ Osoby w wieku do lat 16 z orzeczeniem o niepełnosprawności (w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat z orzeczonym stopniem niepełnosprawności), którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
2. umiarkowany,	
❖ Inwalidzi II grupy,	
❖ Osoby całkowicie niezdolne do pracy,	
❖ Inwalidzi III grupy ze względu na głuchotę lub głuchoniemotę	
3. lekki,	
❖ Pozostali inwalidzi III grupy	
❖ Osoby częściowo niezdolne do pracy,	
❖ Osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

I.B. Rodzaj niepełnosprawności ⁽¹⁾

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 narządów słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
Punktacja (uwzględniająca stopień i rodzaj niepełnosprawności, zgodnie z załącznikiem nr 2 do zasad)	

(1) wstawić X we właściwej rubryce

❖ niepotrzebne skreślić

**podanie numeru telefonu jest dobrowolne

II. Sytuacja zawodowa

1. zatrudniony */ prowadzący działalność gospodarczą *	
2. osoba w wieku od 18 lat 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	
Punktacja	

III. Sytuacja mieszkaniowa – warunki mieszkaniowe (wypełnia pracownik Centrum) ⁽¹⁾

1. źle	
2. przeciętne	
3. dobre	
4. bardzo dobre	
Punktacja	

III.B. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i mieszkania

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

III.C. Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje ⁽¹⁾

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

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

Imię i nazwisko	Pokrewieństwo	Niepełnosprawność	
		stopień ⁽²⁾	rodzaj ⁽³⁾
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
łączna punktacja za stopień i rodzaj niepełnosprawności osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym			

(1) proszę wstawić X we właściwej rubryce

(2) proszę wstawić właściwe oznaczenia cyfrowe z tablicy I.A.

(3) proszę wstawić właściwe oznaczenia cyfrowe z tablicy I.B.

* niepotrzebne skreślić

IV. Średni dochód miesięczny (netto) na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy ⁽¹⁾

1. poniżej 500.00 zł	
2. 501.00 – 600.00 zł	
3. 601.00 – 700.00 zł	
4. 701.00 – 800.00 zł	
5. 801.00 – 900.00 zł	
6. 901.00 – 1.000.00 zł	
7. 1.001.00 – 1.100.00 zł	
8. 1.101.00 – 1.200.00 zł	
9. powyżej 1.200.00 zł	
Punktacja	

V. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

	Tak/Nie	Wysokość dofinansowania
1. na likwidację barier urbanistycznych i architektonicznych		
a) nie korzystam		
b) korzystałem (w tym ze środków przyznanych przez WOZiRON)		
2. korzystałem na inne cele ustawowe i rozliczyłem się		
3. korzystałem na inne cele ustawowe i jestem w trakcie rozliczenia		
4. korzystałem i nie rozliczyłem się		
Punktacja		

VI. Deklarowany udział własny Wnioskodawcy i /lub sponsora

1. deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania – ponad obowiązkowe 20 %	%
2. deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania	%
Punktacja	

VII. Dane informacyjne o Wnioskodawcy ⁽¹⁾

a) wykształcenie	Zaznacz właściwe	b) rodzaj źródła utrzymania	Zaznacz Właściwe
1. niepełne podstawowe		1. wynagrodzenie za pracę	
Podstawowe		2. Przychody z działalności gospodarczej	
3. zawodowe		3. renta stała */ emerytura *	
4. średnie ogólnokształcące		4. renta okresowa	
5. średnie zawodowe		5. renta szkoleniowa	
6. policealne		6. zasiłek dla bezrobotnych	
7. wyższe		7. zasiłek socjalny	
8. wyższe ze stopniem naukowym		8. stypendium	
		9. alimenty */inne *	

VIII. Cel likwidacji barier architektonicznych

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

(1) proszę wstawić X we właściwej rubryce

(2) proszę podać wysokość przyznanego dofinansowania (w zł)
oraz rok przyznania dofinansowania

* niepotrzebne skreślić

Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania zł:

cyframi:

(słownie: zł)

X. Inwestor zastępczy (inspektor nadzoru) wybrany przez Wnioskodawcę:

.....
(nazwa i dokładny adres z numerem kodu)

..... nr telefonu

Upředzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 poz. 922).

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

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

..... syn / córka

imię (imiona) i nazwisko

imię ojca

seria..... nr wydany w dniu przez

dowód osobisty

nr PESEL

mięscowość ulica nr domu nr lokalu

dokładny adres

nr kodu - poczta powiat

województwo nr tel./ faxu (z nr kier.)

ustanowiony opiekunem* /pełnomocnikiem*

(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. sygn. akt* /na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dn. repet. Nr)

Załączniki do wniosku:

Do I etapu

1. Kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz.U. Nr 123, poz. 776 z późniejszymi zmianami).
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób.
3. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia.
4. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (własność, umowa najmu).
5. Oświadczenie o dochodach Wnioskodawcy i osób zamieszkających wspólnie z Wnioskodawcą.
6. Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.

* niepotrzebne skreślić

Do II etapu

1. Szkic mieszkania.
2. Projekt i kosztorys, pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach).
3. Zgoda właściciela budynku (w koniecznych przypadkach).
4. Przyjęte pełnomocnictwo inwestora zastępczego.
5.
6.
7.
8.

B. Adnotacje przyjmującego wniosek**1. Suma uzyskanych punktów**

--

II. Opinia merytoryczna dotycząca poprawności rozwiązań technicznych i kosztów likwidacji barier**Etap I**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(data i podpis)

Etap II

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(data i podpis)

III. Decyzja o przyznaniu dofinansowania

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(data i podpis)

INFORMACJA
osoby niepełnosprawnej o osiągniętych średnich dochodach miesięcznych
na 1 członka rodziny za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku

Nazwisko i imię

Adres zamieszkania
(miejscowość, ulica, numer domu)

I. Dane dotyczące niepełnosprawnego (wnioskodawcy) o osiągniętych przez niego średnio miesięcznych dochodach zakwartał 20.....roku.

1. wynagrodzenie – średni miesięczny dochód za kwartał 20.....roku - zł
2. emerytura - renta średni miesięczny dochód za kwartał 20.... roku - zł
3. dochód rolny- (z ha przeliczeniowego)
4. inne (alimenty, zasiłki, itp.)

II. Dane dotyczące członków rodziny niepełnosprawnego pozostających z nim we wspólnym gospodarstwie domowym:

Pokrewieństwo	Nazwisko i imię	Data urodzenia	Przeciętny dochód netto w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek	
			rodzaj dochodu	wysokość

Średni dochód miesięczny dochód na 1 członka rodziny za kwartał 20... roku wynosi.....

Do informacji załączam dowodów.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis niepełnosprawnego)

Załączniki:

1. Oświadczenie o dochodach netto za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku
2. Decyzje właściwego Urzędu Gminy w sprawie wymiaru podatku rolnego za rok.
3. Inne.

.....
(Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej)

.....
(data i miejsce)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

**wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Tarnobrzegu –
dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
likwidacji barier architektonicznych**

Proszę wypełnić w języku polskim czytelnie

Imię i nazwisko :

Adres zamieszkania :

PESEL :

Rozpoznanie choroby zasadniczej (w języku polskim)

.....

.....

Likwidacja barier architektonicznych – rodzaj schorzenia i opis problemów w poruszaniu się
pacjenta:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Pieczęć i podpis lekarza specjalisty