nr wniosku PON.4502-………./…..

# WNIOSEK

# o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

***UWAGA!!! ROZPOCZĘCIE PRAC WRAZ Z ZAKUPEM KONIECZNYCH MATERIAŁÓW DOKONYWANE JEST PO PODPISANIU UMOWY OBEJMUJĄCEJ ZAKRES DOFINANSOWANIA***

**Część A – DANE WNIOSKODAWCY**

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY** | |
| **Imię:** |  |
| **Drugie imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
|  | **ADRES ZAMIESZKANIA** |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:**  **Poczta:** |  |
| **Gmina:** |  |
| **Nr telefonu: *POUCZENIE:*** *podanie niniejszych danych (nr telefonu) jest dobrowolne i stanowi wyraźne działanie wnioskodawcy potwierdzające i przyzwalające na przetwarzanie dotyczących jej danych osobowych* |  |
| **Adres e-mail: *POUCZENIE:*** *podanie niniejszych danych (adresu e-mail) jest dobrowolne i stanowi wyraźne działanie wnioskodawcy potwierdzające i przyzwalające na przetwarzanie dotyczących jej danych osobowych* |  |
|  | **ADRES KORESPONDECNYJNY** |

 Taki sam jak adres zamieszkania

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Miejscowość:** | |  | | | |
| **Ulica:** | |  | | | |
| **Nr domu:** | |  | | | |
| **Nr lokalu:** | |  | | | |
| **Kod pocztowy:**  **Poczta:** | |  | | | |
|  | | **DANE PODOPIECZNEGO/DZIECKA** | | | |
| **Imię:** | |  | | | |
| **Drugie imię:** | |  | | | |
| **Nazwisko:** | |  | | | |
| **PESEL:** | |  | | | |
| **ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO** | | | | | |
| **Miejscowość:** | |  | | | |
| **Ulica:** | |  | | | |
| **Nr domu:** | |  | | | |
| **Nr lokalu:** | |  | | | |
| **Kod pocztowy:**  **Poczta:** | |  | | | |
| **Nr telefonu:** | |  | | | |
| **STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** | | | | |
| **Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:** | | * tak * nie | | |
| **Stopień niepełnosprawności:** | | * Znaczny * Umiarkowany * Lekki * Nie dotyczy | | |
| **Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:** | |  bezterminowo  okresowo – do dnia: | | |
| **Grupa inwalidzka:** | | * I grupa * II grupa * III grupa * nie dotyczy | | |
| **Niezdolność:** | | * Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji * Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny * Osoby całkowicie niezdolne do pracy * Osoby częściowo niezdolne do pracy * Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym * Nie dotyczy | | |
| **Rodzaj niepełnosprawności:** | | * 01-U – upośledzenie umysłowe * 02-P – choroby psychiczne * 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu * osoba głucha * osoba głuchoniema * 04-O – narząd wzroku * osoba niewidoma * osoba głuchoniewidoma * 05-R – narząd ruchu * wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego * dysfunkcja obu kończyn górnych * 06-E – epilepsja * 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia * 08-T – choroby układu pokarmowego * 09-M – choroby układu moczowo-płciowego * 10-N – choroby neurologiczne * 11-I – inne * 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe | | |
| **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:** | | * tak * nie | | |
| **Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):** | | * 2 przyczyny * 3 przyczyny | | |
| **Sytuacja zawodowa1** | | | | |
| 1. zatrudniony\*/ prowadzący działalność gospodarczą\* | | |  | |
| 2. osoba w wieku powyżej 16 roku życia, ucząca się w systemie szkolnym\* lub studiująca\* | | |  | |
| 3. bezrobotny zarejestrowany w PUP aktywnie poszukujący pracy\*/ rencista poszukujący pracy\* | | |  | |
| 4. rencista\*/ emeryt\* nie zainteresowany podjęciem pracy | | |  | |
| 5. osoba niepełnosprawna do 16 roku życia | | |  | |
| **Korzystanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych¹** | | | | |
| 1. rodzaj zadania: | | | | |
| 1.1 nie korzystałem | |  | | |
| 1.2. korzystałem | |  | | |
| a) przedmiot dofinansowania | | | | |
| b) data otrzymania dofinansowania/ numer Umowy | | | | |
| c) kwota dofinansowania [zł] | | | | |
| 2. rozliczyłem się | |  | | |
| 3. korzystałem i nie rozliczyłem się | |  | | |

|  |
| --- |
| **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

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

|  |
| --- |
| **Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą** (w tym osoby niepełnosprawne) |

|  |  |
| --- | --- |
| Pozostali członkowie rodziny tylko **POKREWIEŃSTWO**  ( mąż, żona, syn, córka,. inne) | Dochód miesięczny  netto (zł) |
| 1. **WNIOSKODAWCA -** |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |
| 6. |  |
| 7. |  |

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:**

oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód**, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych**1**, **podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym**, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił ................................... złotych.

*¹ wstawić X we właściwej rubryce*

***²****Ustawa z dnia 28.11.2003 roku o świadczeniach rodzinnych (Dz.U.2020.111 t. j.)*

*\* niepotrzebne skreślić*

|  |
| --- |
| **Cel dofinansowania i miejsce realizacji zadania** |

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

|  |
| --- |
| **Uzasadnienie składanego wniosku:** |

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

|  |
| --- |
| **Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:** |

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

|  |
| --- |
| **Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier architektonicznych i orientacyjny koszt** |

Przykładowy wykaz wnioskowanych prac, zakupów, robót budowlanych związanych z likwidacją barier architektonicznych (BA)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Roboty budowlane związane**  **z likwidacją BA** | **Wnioskowane**  **prace \*** | **Wnioskowana ilość**  **(w sztukach,**  **w metrach)** | **kwota** |
| 1 | Dostosowanie łazienki do potrzeb osoby niepełnosprawnej w tym: |  |  |  |
| a | wymiana wanny na wolną przestrzeń kąpielową z profilowaną powierzchnią najazdową zapewniającą  przestrzeń manewrową z panelem prysznicowym |  |  |  |
| b | zakup i montaż wspornika kotary  z kotarą |  |  |  |
| c | zakup i montaż siedziska prysznicowego |  |  |  |
| d | zakup i montaż uchwytów do łazienki  i WC (maksymalnie 3 sztuki) |  |  |  |
| e | zakup i montaż miski ustępowej podwieszanej lub stawianej dostosowanej do potrzeb osoby niepełnosprawnej |  |  |  |
| f | zakup i montaż umywalki wraz  z baterią umywalkową (pod umywalką powinna zostać wolna przestrzeń) |  |  |  |
| g | ułożenie okładziny ściennej z płytek ceramicznych w niezbędnym zakresie, bezpośrednio związanym z likwidacją barier architektonicznych, dotyczy wyłącznie miejsc sanitarnych, tj. powierzchni kąpielowej, powierzchni umywalkowej (maksymalnie do10m2) |  |  |  |
| h | przygotowanie podłoża oraz ułożenie posadzki z materiałów antypoślizgowych w łazience |  |  |  |
| i | poszerzenie otworu drzwiowego oraz zakup i montaż drzwi do łazienki  (w szczególności dla osób poruszających się na wózku inwalidzkim) o szerokości min 0,8 m w świetle ościeżnicy i wys. 2m |  |  |  |
| j | Inne, jakie: |  |  |  |
| 2 | Budowa pochylni dla osób niepełnosprawnych ruchowo umożliwiającej samodzielne poruszanie się |  |  |  |
| 3 | Wyrównanie dojścia do budynku zapewniającego osobie niepełnosprawnej dostęp do lokalu mieszkalnego |  |  |  |
| 4 | Zakup i montaż oporęczowania  w otoczeniu budynku mieszkalnego np.: poręcze przyścienne, poręcze wolnostojące, uchwyty ścienne (właściwe podkreślić) |  |  |  |
| 5 | Zakup i montaż podnośnika, platformy schodowej, windy przyściennej lub innego urządzenia do transportu pionowego (właściwe podkreślić) |  |  |  |
| 6 | zakup i montaż drzwi zewnętrznych  (w szczególności dla osób poruszających się na wózku inwalidzkim) drzwi powinny mieć szerokość 0,9 m i wysokość 2 m  w świetle ościeżnicy |  |  |  |
| 7 | przygotowanie podłoża oraz ułożenie posadzki z materiałów antypoślizgowych w innych pomieszczeniach: jakich: |  |  |  |
| 8 | Inne, jakie: |  |  |  |
| **Razem orientacyjny koszt realizacji zadania** | | | |  |

\* zaznaczyć X przy wnioskowanych pracach

|  |
| --- |
| **Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania** |

**Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania:**  ...................................................... zł. (słownie: .................................................................................................................................. zł)

**co stanowi do 95% wartości wnioskowanych prac.**

**Czy dotychczas zostały poniesione koszty na realizację powyższego zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek?[[1]](#footnote-1)** TAK NIE

**Jeżeli tak to proszę podać źródło finansowania i ogólną wartość poniesionych kosztów:**

………………………………………………………..……………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………………….

**Informacje o ewentualnym dofinansowaniu z innych źródeł:**

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

***FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH***

* Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

|  |  |
| --- | --- |
| **Właściciel konta**  **(imię i nazwisko, adres ):** |  |
| **Nazwa banku:** |  |
| **Nr rachunku bankowego: *POUCZENIE:*** *podanie niniejszych danych (konta bankowego) jest dobrowolne i stanowi wyraźne działanie wnioskodawcy potwierdzające i przyzwalające na przetwarzanie dotyczących jej danych osobowych* | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

***zgoda właściciela rachunku bankowego na przetwarzanie danych osobowych\****

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, ja niżej podpisana/ny …………………………………. ……………………………………………………….……………………………………………

*(imię i nazwisko osoby udzielającej zgody)*

wyrażam niniejszym dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie imienia i nazwiska, adresu oraz numeru rachunku bankowego przez Administratora w celu przekazania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych dla ……………………………………………………………….……………

*(imię i nazwisko Wnioskodawcy)*

..............................................................  
 Data i podpis osoby udzielającej zgody

**Przyjmuję do wiadomości, że:**

1. Rozpatrzeniu będą podlegały jedynie kompletne i prawidłowo wypełnione wnioski.
2. Wszelkie zmiany we wniosku oraz rezygnacje należy zgłaszać w formie pisemnej.
3. Dofinansowaniu nie podlegają przedmioty/usługi zakupione przed dniem podpisania umowy.
4. W przypadku gdy właściwa jednostka organizacyjna samorządu terytorialnego poweźmie wątpliwość odnośnie do podanych we wniosku o dofinansowanie danych, w szczególności co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, mających wpływ na przyznanie dofinansowania, wzywa wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie, nie dłuższym niż 14 dni, licząc od dnia otrzymania wezwania, wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.

**Oświadczenia:**

1. Zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną – art.13 ust.1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27.04.2016 r.
2. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie niezbędnych kontroli w ramach realizacji wniosku i umowy.
3. Oświadczam, że nie dokonałem/am likwidacji barier architektonicznych, o które ubiegam się tym wnioskiem.
4. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, nie byłam/ byłem stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
5. Pouczony/a o treści art.25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2010 r. o ewidencji ludności *(Dz. U z 2019r., poz.1397 j.t.)*, zgodnie z którym pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania oświadczam, że moim miejscem pobytu stałego/miejscem pobytu stałego dziecka/miejscem pobytu stałego osoby w imieniu której składam wniosek2 jest:

…………………………………………………………………………………………

( adres miejsca pobytu stałego)

Pod wyżej wymienionym adresem było (podać rok)………………………………../ nie było realizowane dofinansowanie ze środków PFRON do likwidacji barier architektonicznych.

1. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy (art.233 § 1 Kodeksu Karnego „Kto składając zeznanie mające służyć jako za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności”).

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

……………………… ………………… .........................................................

(miejscowość) (data) Podpis osoby niepełnosprawnej lub osoby uprawnionej do składania

podpisów w imieniu osoby

niepełnosprawnej.

**Do wniosku należy dołączyć:**

1. Kserokopię ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego.
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności (druk   
   w załączeniu).
3. Kopię pełnomocnictwa lub postanowienia o ustaleniu opiekuna prawnego jeśli taki został ustanowiony.
4. Akt urodzenia lub dokument upoważniający do pełnienia opiekinad dzieckiem w przypadku wniosku dot. niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej.
5. Dokumenty potwierdzające własność mieszkania lub użytkowania wieczystego nieruchomości,   
   w którym Wnioskodawca stale zamieszkuje.
6. Zgoda właściciela budynku lub lokalu mieszkalnego na przeprowadzenie wnioskowanych prac, jeżeli taka zgoda jest wymagana.
7. W przypadku pozyskania środków na realizację zadania innych niż z PFRON należy dołączyć dokumenty o tym świadczące

*Stwierdzam kompletność wniosku wraz z załącznikami.*

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

Pieczęć i podpis pracownika PCPR

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

Data

.............................., dnia .................................

*miejscowość*

*Stempel zakładu opieki zdrowotnej   
 lub praktyki lekarskiej*

***ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE***

wydane dla potrzeb PFRON – **likwidacja barier architektonicznych**   
 (*prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)*

1.Imię i nazwisko Pacjenta ........................................................................................................................

PESEL …………………………………………………………………………………………..

Miejsce zamieszkania ……………………………………………………………………………………

2.Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność ruchowa pacjenta dotyczy (*proszę zakreślić właściwe pole* ):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | leżący nie będący w stanie poruszać się na wózku inwalidzkim , nawet przy pomocy osób trzecich | pieczątka i podpis lekarza |
|  | poruszający się na wózku inwalidzkim | pieczątka i podpis lekarza |
|  | poruszający się przy pomocy balkonika\*, trójnogu\* lub kul łokciowych | pieczątka i podpis lekarza |
|  | protezy:  -kończyn górnych  - kończyn dolnych | pieczątka i podpis lekarza |
|  | niepełnosprawność narządu wzroku Pacjenta:  - niedowidzący  - niewidomy | pieczątka i podpis lekarza |
|  | **schorzenia Pacjenta, które w swoich skutkach powodują znaczne ograniczenia w poruszaniu i przemieszaniu się:**  …………………………………………………………….  …………………………………………………………….  …………………………………………………………….  ……………………………………………………………. | pieczątka i podpis lekarza |

Uwagi dodatkowe:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………….

pieczątka i podpis lekarza

\* *niepotrzebne skreślić*

1. Właściwe zaznaczyć [↑](#footnote-ref-1)