

Data wpływu.....
(wypełnia pracownik MOPR)

Numer wniosku.....
(wypełnia pracownik MOPR)

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych w związku z indywidualnymi
potrzebami osób niepełnosprawnych

I. Dane dotyczące Wnioskodawcy (proszę wypełnić drukowanymi literami)

.....
imię (imiona) i nazwisko

Nr PESEL.....

Miejscowość.....ulicanr domu.....nr lokalu.....
(dokładny adres)

nr kodu.....pocza.....powiat.....

województwo.....nr tel./fax (nr kier.).....e-mail

nazwa banku.....

nr rachunku bankowego.....

imię i nazwisko właściciela konta.....

Wstawić X we właściwej rubryce.

II. Stopień niepełnosprawności

| | |
|---|--|
| 1. znaczny | |
| • Inwalidzi I grupy | |
| • Osoby całkowicie niezdolne do pracy oraz samodzielnej egzystencji | |
| • Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny | |
| • Osoby w wieku do lat 16 (w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat), 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 | |

III. 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 narządów słuchu i mowy | |
| 5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe) | |
| 6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia | |
| 7. inne, jakie:..... | |

* niepotrzebne skreślić

IV. Sytuacja zawodowa

| | |
|---|--|
| 1. zatrudniony / prowadzący działalność gospodarczą* | |
| 2. osoba w wieku od lat 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 | |

V. Poziom wykształcenia

| | |
|--|--|
| 1. Brak wykształcenia | |
| 2. Absolwent szkoły życia | |
| 3. Niepełne podstawowe | |
| 4. Niepełne podstawowe – specjalne | |
| 5. Podstawowe | |
| 6. Podstawowe - specjalne | |
| 7. Gimnazjalne | |
| 8. Zasadnicze zawodowe | |
| 9. Zasadnicze specjalne | |
| 10. Średnie zawodowe łącznie z policealnym | |
| 11. Średnie ogólnokształcące | |
| 12. Wyższe | |

VI. Dochody i liczba członków gospodarstwa domowego

Oświadczam, że, (zaznaczyć właściwe):

prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe

razem ze mną w gospodarstwie domowym pozostaje następująca liczba osób.....

| | |
|--|----------|
| Razem średni miesięczny dochód netto w gospodarstwie domowym obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku | zł |
| Średni miesięczny dochód na osobę (kwotę powyżej podzielić przez liczbę osób w gospodarstwie domowym) | zł |

VII. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

| Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON? | | | | Tak | Nie |
|--|-------|-----|--------------------|------------------|---|
| Nr i data zawarcia umowy | Kwota | Cel | Termin rozliczenia | Stan rozliczenia | Źródło PFRON, WOZiRON, samorząd powiatowy |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

VIII. 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. inne informacje o warunkach mieszkaniowych

IX. Dane przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego wnioskodawcy), opiekuna prawnego lub pełnomocnika (wypełnić jeśli dotyczy)

.....
imię (imiona) i nazwisko

Nr PESEL.....
miejscowość.....ulica.....nr domu.....nr lokalu.....
(dokładny adres)
nr kodu.....poczt.....powiat.....
województwo.....nr tel./fax (nr kier.).....e-mail.....
ustanowiony opiekunem/pełnomocnikiem*
postanowieniem Sądu Rejonowego dn.sygn. akt. / na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*
.....z dn.repet. nr

* Niepotrzebne skreślić

X. Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier (w kolejności od najważniejszej dla Wnioskodawcy)

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

XI. Przewidywany koszt realizacji zadania.....

XII. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków Funduszu,

XIII. Deklarowany procentowy udział wnioskodawcy w kosztach przedsięwzięcia.....

XIV. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

XV. 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:

XVI. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

XVII. Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(em) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

XVIII. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przeprowadzenie wizji lokalnej/kontroli w miejscu realizacji zadania oraz na rejestrację i utrwalenie przebiegu wizji/kontroli (m. in. Sporządzenie fotografii, filmów).

XIX. Oświadczam, że na stałe zamieszkuję w lokalu, w którym zostanie zlikwidowana bariera architektoniczna.

XX. Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych. Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem

Siedlce, data.....,

.....
czytelny podpis wnioskodawcy/ przedstawiciela ustawowego/opiekuna
prawnego/pełnomocnika

* niepotrzebne skreślić

Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (oryginał do wglądu).
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób (oryginały do wglądu).
3. Kopia pełnomocnictwa lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu) w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego.
4. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu (na załączonym formularzu).
5. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (własność, umowa najmu), zgoda właściciela budynku (w koniecznych przypadkach).
6.
7.
8.

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Nr i seria dowodu osobistego.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej* :

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego: stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby:

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:

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

4. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie:

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

.....
Pieczętka i podpis lekarza