

4. Uzasadnienie wniosku (należy wskazać potrzebę wykonania robót określonych we wniosku):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Całkowity koszt likwidacji barier architektonicznych (100%): zł

6. Kwota wnioskowanego dofinansowania likwidacji barier (do 95%): zł

słownie:

7. Miejsce realizacji zadania (likwidacji barier)

8. Termin rozpoczęcia **i przewidywany czas realizacji zadania**

.....

9. 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

☐ Nie ☐ Tak

10. Źródła finansowania zadania :

☐ we własnym zakresie ☐ inne (jakie?)

11. Sytuacja zawodowa wnioskodawcy (podkreślić właściwą odpowiedź):

- | | |
|--|---|
| ☐ zatrudniony | ☐ prowadzący działalność gospodarczą |
| ☐ dzieci i młodzież do lat 18 | ☐ osoba w wieku od 18 do 24 lat ucząca się |
| ☐ osoba studiująca | ☐ osoba bezrobotna zarejestrowana w PUP |
| ☐ rencista | ☐ emeryt |
| ☐ inna | |

12. Opis sytuacji mieszkaniowej (budynku/lokalu):

- ☐ budynek parterowy,
- ☐ budynek piętrowy mieszkanie na (należy podać kondygnację)
- ☐ dom jednorodzinny
- ☐ wielorodzinny prywatny
- ☐ wielorodzinny komunalny
- ☐ wielorodzinny spółdzielczy
- ☐ inne

Przybliżony wiek budynku lub rok budowy

W budynku/lokalu jest:

- | | |
|--|--------------------------------------|
| ☐ instalacja wody zimnej i ciepłej wody | ☐ prąd |
| ☐ gaz | ☐ kanalizacja |
| ☐ centralne ogrzewanie | |

Opis mieszkania

- | | |
|--|---------------------------------------|
| ☐ pokoje (podać liczbę) | |
| ☐ z kuchnią | ☐ bez kuchni |
| ☐ z łazienką | ☐ bez łazienki |
| ☐ z wc | ☐ bez wc |

Łazienka wyposażona w:

- ☐ wannę ☐ brodzik ☐ kabinę prysznicową ☐ umywalkę ☐ miskę ustępową

Inne informacje o warunkach mieszkaniowych

.....

.....

.....

13. Imię i nazwisko właściciela, współwłaścicieli budynku/lokalu w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych

- | | |
|---------|---------|
| 1. | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

14. Wnioskodawca zamieszkuje:

- ☐ samotnie ☐ z rodziną ☐ z osobami nie spokrewnionymi

15. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON - Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku)

□ Tak

☐ Nie[illegible]

16. Informacje uzupełniające

Czy wnioskodawca uzyskał wcześniej pomoc ze środków PFRON na zakres robót określony we wniosku

□ Nie

☐ Tak w roku w ramach

Nazwa instytucji udzielającej pomocy

Oświadczam, że:

1. przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, **podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym**, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił zł. Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi
2. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku ☐ **tak** - ☐ **nie**,
3. informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
4. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w realizacji wnioskowanego zakresu robót w wysokości co najmniej 5% kosztów określonych we wniosku,
5. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w tym zakresie,
6. przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujące załączniki do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez PCPR w Słupsku oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
7. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakres robót określony we wniosku: ☐ **tak** - ☐ **nie**,
8. w ciągu ostatnich 3 lat **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązywanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ **tak** ☐ **nie**
9. **posiadam/ nie posiadam** wymagalne zobowiązania wobec PFRON (*niepotrzebne skreślić*)
10. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb jego realizacji zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych,
11. przyjmuję do wiadomości i stosowania, że dofinansowanie **nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON**,
12. przyjmuję do wiadomości i stosowania, że **dofinansowanie nie może obejmować robót związanych z bieżącym remontem pomieszczenia** (np. remontu instalacji elektrycznej i wodnej, robót malarskich, ułożenia płytek ściennych na całej powierzchni ścian, wykonania gładzi, itp.).

.....
miejscowość, data

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy
lub osoby występującej w jego imieniu*

* w przypadku osoby występującej w imieniu wnioskodawcy należy wypełnić poniższe informacje

Dane osoby występującej w imieniu wnioskodawcy

☐ przedstawiciel ustawowy (rodzic) ☐ opiekun prawny ☐ pełnomocnik ustanowionego notarialnie

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Dowód osobisty: seria nr wydany w dniu
przez

PESEL nr telefonu:

Nazwa banku i nr rachunku

Załączniki do wniosku:

Nazwa załącznika		Dołączono do wniosku zaznaczyć właściwe (wypełnia PCPR)	Uzupełniono zaznaczyć właściwe	Data uzupełnie nia
			wypełnia PCPR wniosek nr	
1.	Kserokopia ważnego orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego (oryginał do wglądu)	☐	☐	
2.	Kopie orzeczeń osób niepełnosprawnych mieszkających wspólnie z wnioskodawcą (oryginały do wglądu)	☐	☐	
3.	Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia (druk w załączeniu)	☐	☐	
4.	Aktualny odpis z księgi wieczystej nieruchomości	☐	☐	
5.	Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania np. przez fundację, stowarzyszenie itp.	☐	☐	
6.	Zgoda właściciela lub współwłaścicieli budynku na przeprowadzenie wnioskowanego zakresu robót (ze wskazaniem zakresu robót określonych we wniosku)	☐	☐	
7.	Kopia dokumentu upoważniającego do działania w imieniu wnioskodawcy (oryginał do wglądu) w przypadku: osoby małoletniej – odpis aktu urodzenia osoby ubezwłasnowolnionej – zaświadczenie z sądu osoby reprezentowanej przez pełnomocnika – akt notarialny	☐	☐	
8.	Aktualny dokument potwierdzający stałe zameldowanie wnioskodawcy	☐	☐	
9.	Inwentaryzacja stanu istniejącego pomieszczenia, w którym ma nastąpić likwidacja barier (z obmiarami) sporządzona przez osobę ze stosownymi w tym zakresie uprawnieniami, a w koniecznych przypadkach - projekt techniczny	☐	☐	
10.	Rysunek techniczny pomieszczenia z uwzględnieniem rozwiązań proponowanych we wniosku i kosztorysie (z obmiarami, zaznaczeniem wymiarów poszczególnych urządzeń i uchwytów oraz zaznaczeniem odległości pomiędzy urządzeniami higienicznosanitarnymi i uchwytami) sporządzony przez osobę ze stosownymi w tym zakresie uprawnieniami, a w koniecznych przypadkach - projekt techniczny	☐	☐	
11.	Szczegółowy kosztorys ofertowy sporządzony według KNR (z przedmiarem robót i obmiarami) dotyczący likwidacji barier architektonicznych i zakresu robót określonego we wniosku, sporządzony przez osobę ze stosownymi w tym zakresie uprawnieniami.	☐	☐	

Informacje dodatkowe:

1. Przy sporządzaniu kosztorysu dotyczącego likwidacji barier należy uwzględnić wyłącznie roboty budowlane związane z usuwaniem barier architektonicznych. Przez bariery architektoniczne należy rozumieć utrudnienia dla osób niepełnosprawnych występujące w budynkach, które ze względu na rozwiązania techniczne lub warunki użytkowania utrudniają lub uniemożliwiają swobodę ruchu osobom niepełnosprawnym.
2. Koszt zakupu materiałów ponosi wnioskodawca, więc ceny materiałów zawarte w kosztorysie powinny być cenami brutto.

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta.....
Adres zamieszkania
Data urodzenia PESEL

Rozpoznanie choroby zasadniczej będącej przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności:

.....
.....

Rodzaj niepełnosprawności (zakreślić właściwe):

☐	dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	podpis lekarza
☐	dysfunkcja narządu ruchu bez konieczności poruszania się na wózku inwalidzkim	podpis lekarza
☐	wrodzony brak lub amputacja kończyn	podpis lekarza
☐	inna dysfunkcja narządu ruchu	podpis lekarza
☐	choroba neurologiczna	podpis lekarza
☐	dysfunkcja narządu wzroku	podpis lekarza
☐	inna	podpis lekarza

Używane przedmioty ortopedyczne:

.....
miejsowość

.....
data

.....
pieczętka i podpis lekarza