

nr sprawy
wypełnia pracownik PCPR w Słupsku

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

Dane wnioskodawcy (osoby niepełnosprawnej):

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Dowód osobisty: seria nr wydany w dniu
przez

PESEL nr telefonu:

Nazwa banku i nr rachunku

Przedmiot dofinansowania:

.....
.....

Uzasadnienie wniosku :

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

Cel dofinansowania:

Całkowity koszt likwidacji barier architektonicznych (100%):

Kwota wnioskowanego dofinansowania likwidacji barier (do 80%):

słownie:

Miejsce realizacji zadania:

Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:

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 Tak ☐ Nie ☐

Źródła finansowania zadania : ☐ we własnym zakresie ☐ inne (jakie?)

Korzystanie ze środków PFRON Tak ☐ Nie ☐

Cel (nazwa programu lub nazwa zadania ustawowego, w ramach którego przyznana została pomoc)	Numer i data zawarcia umowy	Kwota wykorzystana	Kwota rozliczona
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

Trudności w poruszaniu się wnioskodawcy (podkreślić właściwą odpowiedź):

porusza się samodzielnie, porusza się na wózku inwalidzkim, porusza się przy pomocy kul, porusza się przy pomocy innych przedmiotów ortopedycznych

Sytuacja zawodowa wnioskodawcy (podkreślić właściwą odpowiedź):

zatrudniony prowadzący działalność gospodarczą, osoba w wieku od 18 do 24 lat ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca, osoba bezrobotna, rencista, emeryt, dzieci i młodzież do lat 18

Sytuacja mieszkaniowa (podkreślić właściwą odpowiedź):

Budynek, w którym ma zostać przeprowadzona likwidacja barier architektonicznych to: budynek parterowy, budynek piętrowy mieszkanie na (należy podać kondygnację)

Przybliżony wiek budynku lub rok budowy

W mieszkaniu jest (podkreślić właściwą odpowiedź): instalacja wody zimnej i ciepłej wody, prąd, gaz, kanalizacja, centralne ogrzewanie, światło

Właściciel budynku/ lokalu w którym mają zostać przeprowadzone roboty budowlane to:

.....
.....

Wnioskodawca zamieszkuje: samotnie ☐ z rodziną ☐ z osobami nie spokrewnionymi ☐

Oświadczam, że:

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

Nie mam/ mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (niepotrzebne skreślić). Jeśli tak, proszę podać rodzaj i wysokość zobowiązania (w zł)

W ciągu ostatnich trzech lat **nie byłem(am)/ byłem(łam)** stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie (niepotrzebne skreślić).

Powyższe dane są zgodne z prawdą oraz jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

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 (Dz. U z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm).

.....
miejscowość, data

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

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

Dane przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika wnioskodawcy:

Imię i nazwisko
Adres zamieszkania
Dowód osobisty seria nr wydany w dniu przez
..... PESEL
nr telefonu:
nazwa banku i nr rachunku

Załączniki:

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub 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. Dokument określający właściciela lokalu (aktualny odpis z księgi wieczystej)
5. Zgoda właściciela budynku na przeprowadzenie wnioskowanego zakresu robót
6. Kopia dokumentu uprawniającego do działania w imieniu wnioskodawcy (oryginał do wglądu)
7. Aktualny dokument potwierdzający stałe zameldowanie wnioskodawcy
8. Dokumentacja techniczna dotycząca lokalu lub budynku, który ma być przedmiotem likwidacji barier architektonicznych :
 - szkic stanu istniejącego lub projekt techniczny (w koniecznych przypadkach)
 - szkic po zmianach lub projekt techniczny (w koniecznych przypadkach)
 - szczegółowy kosztorys ofertowy sporządzony wg KNR z przedmiarem robót i obmiarami

.....
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:

.....
.....

Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:

.....

Rodzaj niepełnosprawności (zakreślić właściwe):

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim ☐
2. dysfunkcja narządu ruchu bez konieczności poruszania się na wózku inwalidzkim ☐
3. wrodzony brak lub amputacja kończyn ☐
4. inna dysfunkcja narządu ruchu ☐
5. dysfunkcja narządu wzroku ☐
5. dysfunkcja narządu słuchu ☐
6. dysfunkcja narządu mowy ☐
7. inne schorzenia (jakie?) ☐

Używane zaopatrzenie ortopedyczne (np. wózek inwalidzki, kula, orteza, balkonik, proteza kończyn, gorset ortopedyczny, inne):

.....

.....
miejscowość

.....
data

.....
pieczętka i podpis lekarza