

.....
Nr sprawy

.....
data wpływu kompletnego wniosku

WNIOSEK

O udzielenie dofinansowania na likwidację barier

- architektonicznych
- w komunikowaniu się i technicznych

dla osób niepełnosprawnych

Dane dotyczące wnioskodawcy (wypełnić drukowanymi literami)

.....
(nazwisko i imię)

.....
(imię ojca)

Dowód osobisty nr nr PESEL wydany w dniu

Przez

Data urodzenia
(dzień, miesiąc, rok)

Adres: kod miejscowość ulica

Nr domu nr lokalu

Nr telefonu

Nazwa banku i numer rachunku bankowego

I. Stopień niepełnosprawności (wstaw X we właściwej rubryce)

Znaczny	(inwalida I grupy)	
Umiarkowany	(inwalida II grupy)	
Lekki	(inwalida III grupy)	

II. Rodzaj niepełnosprawności (wstaw X we właściwej rubryce)

Dysfunkcja narządów ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim, wrodzony brak lub amputacja dłoni lub rąk	
Inna dysfunkcja narządów ruchu (określić jaka?)	
Dysfunkcja narządów wzroku	
Dysfunkcja narządów słuchu lub mowy	
Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia (z jakiego powodu?)	

III. Sytuacja zawodowa (wstaw X we właściwej rubryce)

Zatrudniony*/prowadzący działalność gospodarczą*	
Młodzież od lat 18 do 24 ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca	
Bezrobotny poszukujący pracy*/rencista poszukujący pracy*	
Rencista*/emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy	
Dzieci i młodzież do lat 18	

IV. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i mieszkania

(dotyczy likwidacji barier architektonicznych i urbanistycznych)

- dom jednorodzinny*, wielorodzinny prywatny*, wielorodzinny komunalny*, wielorodzinny spółdzielczy*, inne*
- budynek parterowy*, piętrowy*, mieszkania na(podać kondygnację)
- opis mieszkania: pokoje (podać liczbę), z kuchnią*, bez kuchni*, z łazienką*, bez łazienki*, z WC*, bez WC*
- łazienka jest wyposażona w: wannę*, brodzik*, kabiną prysznicową*, umywalkę*
- w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej*, ciepłej*, kanalizacja*, centralne ogrzewanie*, prąd*, gaz*
- inne informacje o warunkach mieszkaniowych:
-
-

*niepotrzebne skreślić

V. Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowywania

.....

.....

.....

.....

VI. Przewidywalny koszt realizacji zadania

.....

.....

VII. Termin rozpoczęcia i przewidywalny czas realizacji zadania

.....

.....

VIII. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z wnioskodawcą

Nazwisko i imię	Pokrewieństwo	Stopień i rodzaj niepełnosprawności

IX. Deklarowany udział własny i/lub sponsora

Deklarowany przez wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania ponad obowiązkowe 5%	%
Deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania	%

X. Informacja o korzystaniu z dofinansowania likwidacji barier

(wstaw X we właściwej rubryce)

Nie korzystał	
Korzystał (w tym ze środków przyznanych przez WOZiRON)	

XI. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON

Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON?	Tak	Nie
--	-----	-----

Numer i data zawarcia umowy	Kwota	Cel	Termin rozpoczęcia	Stan rozliczenia	Źródło PFRON samorząd powiatowy

W tym na rzecz:

--

Syntetyczny opis efektów przyznanego i wykorzystanego dofinansowania

--

- Upředzony o odpowiedzialności za podanie informacji niezgodnych z prawdą **oświadczam, że** dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.

- Oświadczam, że zamieszkuję:
 - razem z innymi osobami we wspólnym gospodarstwie domowym, a wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu netto**, obliczonego z okresu trzech ostatnich miesięcy, na jedna osobę pozostającą ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi (słownie złotych)
 - samotnie, a mój przeciętny miesięczny dochód netto**, obliczony z okresy trzech ostatnich miesięcy wynosi (słownie złotych)
 - wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku dla celów realizacji programu dofinansowania likwidacji barier architektonicznych, urbanistycznych i w komunikowaniu się zgodnie z art. 13 ust 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

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

Decyzja komisji. Wysokość kwoty dofinansowania ze środków Funduszu

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

.....
(data i podpis komisji)

* Niepotrzebne skreślić
** DOCHÓD NETTO to dochód pomniejszony o obciążenie zaliczką za podatek od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego, chorobowego oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób

Przedstawiciel ustawy (dla wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik

..... syn/córka
(nazwisko i imię/ imiona) (imię ojca)

Do osobisty: seria nr wydany w dniu

przez

PESEL

Adres zamieszkania: kod pocztowy miejscowość

Ulica nr domu nr lokalu

województwo/powiat nr telefonu

Ustanowiony opiekunem*/pełnomocnikiem*

(postanowienie Sądu Rejonowego z dn. sygn. akt*/na mocy postanowienia.....

potwierdzonego przez Notariusza z dn.

repert. Nr

* Niepotrzebne skreślić

Załączniki do wniosku:

- kopia dowodu osobistego;
- kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, grupie inwalidzkiej, a w przypadku osób, które nie ukończyły 16 lat – orzeczenie o niepełnosprawności;
- udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (własność, umowa najmu);
- projekt budowlany, wyciąg z projektu budowlanego lub szkic mieszkania ze wskazaniem planowanych prac oraz zestawienie kosztów planowanych prac lub zakupów;
- pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach);
- aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności (Załącznik nr 1 do wniosku);
- zaświadczenie (oświadczenie o dochodach wnioskodawcy i osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą);
- inne dokumenty uzasadniające dofinansowanie;
- oferta cenowa (w przypadku likwidacji barier technicznych i w komunikowaniu się);

Kwidzyn, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że zostałem poinformowany o zasadach dofinansowania i rozliczenia środków Funduszu przyznanych na likwidację barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych, i że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przez przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy.
2. Oświadczam, że posiadam własne środki finansowe w kwocie co najmniej 5% kosztów przedsięwzięcia.

.....
(podpis)

.....
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kwidzynie
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

.....

2. Niepełnosprawność pacjenta dotyczy (zaznaczyć właściwe):

- brak obu kończyn górnych;
- brak jednej kończyny górnej;
- brak obu kończyn dolnych;
- brak jednej kończyny dolnej;
- znaczny niedowład obu kończyn górnych;
- znaczny niedowład obu kończyn dolnych;
- jednoczesna dysfunkcja kończyny górnej i dolnej;
- jednoczesna dysfunkcja kończyn górnych i dolnych;
- dysfunkcja narządu wzroku;
- dysfunkcja narządu słuchu;
- dysfunkcja narządu mowy;
- inne schorzenia

.....

3. Używane przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze (zaznaczyć właściwe):

- wózek inwalidzki;
- kule;
- balkonik;
- protezy kończyn;
- orteza;
- gorset;
- aparaty słuchowe;
- aparaty mowy;
- inne

.....
(pieczęć i podpis lekarza)