

.....
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

Dowód osobisty nr nr PESEL

wydany w dniu przez

Data urodzenia
(dzień, miesiąc, rok)

Adres: kod miejscowość ulica

Nr domu nr lokalu

Nr telefonu

Przedstawiciel ustawowy (dla wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik

Nazwisko i imię

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

Forma przekazania środków finansowych na dofinansowanie likwidacji barier

(zaznaczyć właściwe)

- przelew na konto Wnioskodawcy/ osoby wskazanej we wniosku

Właściciel konta (imię i nazwisko)

nr rachunku bankowego

- wypłata w formie gotówki;

- konto sprzedawcy/usługodawcy podane na dowodzie zakupu.

I. Stopień niepełnosprawności (wstaw X we właściwej rubryce)

Znaczny (inwalida I grupy)	
Umiarkowany (inwalida II grupy)	
Lekki (inwalida III grupy)	
Osoby niepełnosprawne w wieku do lat 16	

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. Uzasadnienie wniosku (wypełnić w przypadku bariery technicznej lub w komunikowaniu się) – w jaki sposób przedmiot dofinansowania umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem z uwagi na potrzeby wynikające z jej niepełnosprawności

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

OŚWIADCZENIE

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 wynosi:

.....
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym

1. Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2017 r. poz. 2204 z późn. zm.) **oświadczam**, że dane umieszczone we wniosku oraz załącznikach są zgodne z prawdą.
2. **Oświadczam**, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i powiatu kwidzyńskiego oraz, że nie byłam/byłem w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązywanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku dla celów realizacji programu dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych, technicznych, 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.
4. Zobowiązuję się do pisemnego poinformowania Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kwidzynie o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku w terminie 14 dni od zmiany.
5. Zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany, że złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania. Wniosek złożony w bieżącym roku kalendarzowym nie przechodzi na rok następny.
6. **Oświadczam**, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany o zasadach dofinansowania i rozliczenia środków Funduszu przyznanych na likwidację barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się, i że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przez przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy.
7. **Oświadczam**, że posiadam własne środki finansowe w kwocie co najmniej 5% kosztów przedsięwzięcia.

.....
(podpis Wnioskodawcy, opiekuna prawnego lub pełnomocnika)

DECYZJA POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kwidzynie po rozpatrzeniu wniosku i załączonych dokumentów stwierdza zgodność z wymogami programu i podejmuje decyzję:

pozytywną i przyznaje Pani/Panu dofinansowanie ze środków PFRON w kwocie:

..... zł (słownie:

.....

negatywną (z powodu)

.....

.....

.....

data (dzień, miesiąc, rok)

.....

(pieczęć i podpis kierownika PCPR)

Załączniki do wniosku (wypełnia PCPR):

- dowód osobisty do wglądu;
- 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);

.....
(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

.....
(pieczętka i podpis lekarza)