

.....
pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

.....
data wpływu kompletnego wniosku (dzień, miesiąc, rok)

WNIOSEK

o dofinansowanie w zakresie likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

I. Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej (proszę wypełnić drukowanymi literami)

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

seria dowodu osobistego nr wydany w dniu
przez

nr PESEL nr NIP

zam. ulica nr domu nr lokalu
dokładny adres

nr kodu poczta powiat

województwo nr tel. (z nr kier.)

Nazwa banku

Nr rachunku bankowego

II. A Stopień niepełnosprawności (wstawić X we właściwej rubryce)

1. znaczny	
• inwalidzi I grupy	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji,	
• osoby stale albo 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 rolnym	

II.B Rodzaj niepełnosprawności

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak lub 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	

III. Sytuacja zawodowa (podkreślić właściwą odpowiedź)

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	

IV.A Sytuacja mieszkaniowa - warunki mieszkaniowe

1. złe	
2. przeciętne	
3. dobre	
4. bardzo dobre	

IV.B 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
4. 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. w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej*, ciepłej*, kanalizacja*, centralne ogrzewanie*, prąd*, gaz*
8. inne informacje o warunkach mieszkaniowych
-
-

IV.C Sytuacja mieszkaniowa - niepełnosprawny zamieszkuje

1. samotnie	
2. z rodziną	
3. z osobami nie spokrewnionymi	

IV.D Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z niepełnosprawnym (w tym osoba niepełnosprawna)

Imię i nazwisko - pokrewieństwo	niepełnosprawność		Dochód miesięczny brutto [zł]
	Stopień	Rodzaj	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

7.			
8.			
9.			
10.			
11.			

V. Średni dochód miesięczny brutto na osobę w gospodarstwie domowym osoby niepełnosprawnej:

1. poniżej 100,00 zł	
2. 101,00 - 200,00 zł	
3. 201,00 - 300,00 zł	
4. 301,00 - 400,00 zł	
5. 401,00 - 500,00 zł	
6. 501,00 - 600,00 zł	
7. 601,00 - 700,00 zł	
8. 701,00 - 800,00 zł	
9. powyżej 800,00 zł	

VI. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

1. na likwidację barier architektonicznych*/w komunikowaniu się*		
a) nie korzystałem		
b) korzystałem (kiedy, na jaki cel)		
2. korzystałem na inne cele ustawowe i rozliczyłem się (kiedy, na co)		
3. korzystałem na inne cele ustawowe i jestem w trakcie rozliczenia		
5. korzystałem i nie rozliczyłem się		

VII. Deklarowany udział własny osoby niepełnosprawnej lub sponsora

1. deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania – ponad obowiązkowe 20%
2. deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania

VIII. Dane informacyjne o osobie niepełnosprawnej (1)

a) wykształcenie	Zaznacz właściwe	b) rodzaj źródła utrzymania	Zaznacz właściwe
1. niepełne podstawowe		1. wynagrodzenie za pracę	
2. podstawowe		2. Przychody z działalności gospodarczej	
3. zawodowe		3. renta stała* /emerytura*	
4. średnie ogólnokształcące		4. renta okresowa	
5. średnie zawodowe		5. renta szkoleniowa	
6. policealne		6. zasiłek dla bezrobotnych	
7. wyższe		7. zasiłek socjalny	
8. wyższe ze stopniem naukowym		8. stypendium	
		9. alimenty* /inne*	

IX. Cel likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się, technicznych

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

X. Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier i orientacyjny koszt (w kolejności od najważniejszego dla Wnioskodawcy)

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

Przewidywany termin rozpoczęcia zadania:

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:

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

XI. Przewidywany całkowity koszt realizacji zadania :

XII. Kwota wnioskowanego dofinansowania (bez 20% udziału własnego osoby niepełnosprawnej) zł:

cyframi:

słownie:zł

(podpis Wnioskodawcy*, przedstawiciela ustawowego*
opiekuna prawnego* pełnomocnika*)

.....

XIII. Inwestor zastępczy, inspektor nadzoru, wykonawca wybrany przez Wnioskodawcę:

.....
(nazwa i dokładny, adres z numerem kodu)

..... nr telefonu

Upředzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

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

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniej osoby niepełnosprawnej), opiekun prawny lub pełnomocnik

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

seria dowodu osobistego nr wydany w dniu

przez

nr PESEL nr NIP

mięscowość ulicanr domunr lokalu
dokładny adres

nr kodu poczta powiat

województwo:..... nr tel.(z nr. kier.)

ustanowiony opiekunem* /pełnomocnikiem*

(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. sygn. akt* /na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez
Notariusza z dn. repet. nr

Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające rodzaj niepełnosprawności (wszystkie dysfunkcje) ze wskazaniem jakiemu celowi ma służyć likwidacja bariery .
4. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (własność, umowa najmu) lub zgoda właściciela budynku.
5. Zaświadczenie*/ oświadczenie* decyzja o dochodach Wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą (brutto średnia z 3 ostatnich miesięcy).
- 6.Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.
- 7.Kosztyorys wstępny planowanej inwestycji sporządzony przez zarejestrowany podmiot gospodarczy upoważniony do wystawiania faktur VAT / oferta cenowa sprzętu z wyszczególnieniem wszystkich elementów zestawu wraz z cenami.
- 8.Opinia ze szkoły

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania – stały

.....

.....
miejscowość i data

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych / dziecka danych osobowych w związku z ubieganiem się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w zakresie likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych na rok 200 ... zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.

.....
podpis czytelny