Data wpływu kompletnego wniosku

Numer sprawy

Pieczęć PCPR

# W N I O S E K

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych w związku   
z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych**

***Uwaga!! Przed wypełnieniem niniejszego wniosku należy zapoznać się z Regulaminem przyznawania dofinansowania na likwidację barier architektonicznych w Powiecie Tucholskim***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I. Wnioskodawca** (proszę wypełnić drukowanymi literami) | | | | | |
| 1. Imię (imiona) i nazwisko | | | | 2. Imię ojca | |
| 3. Dowód osobisty  seria nr wydany w dniu przez | | | | | |
| ważny do | | 4. Nr PESEL | | | |
| 5**. Adres zamieszkania** | | | | | |
| Ulica | | | nr domu | | nr mieszkania |
| Miejscowość | kod pocztowy | | Powiat | | Województwo |
| telefon (z nr kier.) | | | telefon komórkowy | | |

**I.A. Proszę o dofinansowanie (proszę określić przedmiot dofinansowania np. dostosowanie łazienki, budowa podjazdu itp.)**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

I.B. Rodzaj niepełnosprawności

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim lub wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk |  |
| 2 | Inna dysfunkcja narządów ruchu |  |
| 3 | Dysfunkcja narządu wzroku |  |
| 4 | Dysfunkcja narządów słuchu i mowy |  |
| 5 | Deficyt rozwojowy(upośledzenie umysłowe) |  |
| 6 | Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia i inne |  |
|  | | |

**II. Sytuacja zawodowa**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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. | Osoby utrzymujące się z zasiłków z pomocy społecznej |  |
| 5 | Dzieci, młodzież do lat 18 |  |
|  | | |

\* niepotrzebne skreślić strona 1

**III.A. Sytuacja mieszkaniowa - warunki mieszkaniowe (wypełnia pracownik Centrum)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Złe |  |
| 2 | Przeciętne |  |
| 3 | Dobre |  |
| 4 | Bardzo dobre |  |
|  | | |

**III.B. Sytuacja mieszkaniowa-opis miejsca likwidacji barier architektonicznych**

1.dom jednorodzinny\*/wielorodzinny prywatny\*/wielorodzinny komunalny\*/wielorodzinny spółdzielczy\*/

2.Inne……………………………………………………………………………………………………

3.budynek parterowy\*/piętrowy\*/mieszkanie na………………………...(należy podać kondygnację)

4.przyblizony wiek budynku lub rok budowy………………………………………………………….

5.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 ………………………………….……………………

……………………………………………………………………………………………………………

**Sytuacja mieszkaniowa:**

**IV.A. wnioskodawca zamieszkuje:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Samotnie |  |
| 2 | Z rodziną |  |
| 3 | Z osobami nie spokrewnionymi |  |
|  | | |

**IV.B. wnioskodawca zamieszkuje w lokalu:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nie dostosowanym w żadnym stopniu dla osób niepełnosprawnych |  |
| 2 | Częściowo dostosowanym dla osób niepełnosprawnych |  |
| 3 | W specjalnych zasobach lokalnych z przeznaczeniem dla osób niepełnosprawnych |  |
|  | | |

**IV.C. wnioskodawca zamieszkuje w lokalu:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Przed wystąpieniem niepełnosprawności |  |
| 2 | W trakcie zamieszkiwania w lokalu stan zdrowia uległ pogorszeniu |  |
| 3 | Będąc osobą niepełnosprawną wprowadził się do danego lokalu |  |
|  | | |

**IV.D. wnioskodawca zamieszkuje w domu/mieszkaniu:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Własnym |  |
| 2 | Dzierżawionym |  |
| 3 | Należącym do rodziny |  |
| 4 | Oddzielnym lokalu przy rodzinie |  |
|  | | |

### V. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON

Na likwidację barier architektonicznych/technicznych TAK NIE

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Numer umowy | Cel umowy | Data przyznanego dofinansowania | Kwota przyznanego dofinansowania | Stan rozliczenia |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | |

### VI. Deklarowany udział własny Wnioskodawcy i/lub sponsora

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania – ponad obowiązkowe 20 % | …………% |
| 2 | Deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania | ……..… % |
|  | | |

VII. Uzasadnienie wniosku (proszę podać ograniczenia w samodzielnym funkcjonowaniu)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

VIII. Wykaz planowanych przedsięwzięć w celu likwidacji barier architektonicznych (proszę wymienić uwzględniając cenę materiału oraz robocizny)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

IX. Termin realizacji zadania:

Data rozpoczęcia: …………………..……….….. Data zakończenia: ………………….…….…

**X. Przewidywany koszt realizacji zadania:**

Kwota: ……………………………….……………. zł

**XI. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania (maksymalnie 80%):**

Kwota: .………………………………………..…... zł

**Świadomy/a/ odpowiedzialności karnej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U. Nr88, poz. 553, z pózn. zm.) za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się niezwłocznie poinformować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Tucholi.**

..…………………………………………………….

(podpis Wnioskodawcy\*, przedstawiciela ustawowego\*,

opiekuna prawnego\*, pełnomocnika)

strona 3

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedstawiciel ustawowy, opiekun prawny lub pełnomocnik** | | | | | |
| 1. Imię (imiona) i nazwisko | | | | 2. Imię ojca | |
| 3. Dowód osobisty  seria nr wydany w dniu przez | | | | | |
| Ważny do | | 4. Nr PESEL | | | |
| 5. Adres zamieszkania | | | | | |
| Ulica | | | nr domu | | nr mieszkania |
| Miejscowość | kod pocztowy | | Powiat | | Województwo |
| telefon (z nr kier.) | | | telefon komórkowy | | |
| Ustanowiony opiekunem\ pełnomocnikiem na podstawie | | | | | |

#### OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że Ja ...................................................................................................

*(imię i nazwisko)*

posiadam środki finansowe na wkład własny w wysokości wymaganej w realizacji .................

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

…………………………………………………………………………………………………...

*(podać cel dofinansowania)*

Przebywam z zamiarem stałego pobytu w

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

(*wpisać adres zamieszkania*)

...................................... ....................................................................  *(miejscowość, data)*  *(podpis Wnioskodawcy\*, przedstawiciela ustawowego\*,*

*opiekuna prawnego\*, pełnomocnika)*

strona 4

**OŚWIADCZENIE**

Niniejszym oświadczam, że **miesięczny dochód**, w rozumieniu przepisów (Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON), podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony **za kwartał poprzedzający miesiąc** złożenia wniosku wynosił ……………………..….zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi ………………………………..

Świadomy/a/ odpowiedzialności karnej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U. Nr88, poz. 553, z pózn. zm.) za składanie fałszywych zeznań oświadczam,  
 że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.   
O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się niezwłocznie poinformować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Tucholi.

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

*(data, podpis osoby składającej oświadczenie*

*tj. wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego)*

**OŚWIADCZENIE**

Wyrażam zgodę na przekazanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na niżej podany numer konta bankowego.

|  |
| --- |
| Nazwa banku obsługującego Wnioskodawcę: |
| Nazwa właściciela/li nr rachunku bankowego: |
| Numer rachunku bankowego: |

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

(*data, miejscowość*) *(czytelny podpis wnioskodawcy/*

*przedstawiciela ustawowego)*

strona 5

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻANIU ZGODY NA PRZETWARZANIE   
DANYCH OSOBOWYCH**

Nazwisko i imię…………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania……………………………………………………………………………

Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych

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

* Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane dla celów związanych z udzieleniem Panu/Pani poradnictwa specjalistycznego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie  
  w Tucholi, ul. Pocztowa 7, 89-500 Tuchola.
* Podanie danych osobowych jest dobrowolne, a ich prawdziwość i aktualność ma wpływ  
  na merytoryczność porady uzyskanej w ramach udzielonego wsparcia.
* Ma Pan/Pani prawo wglądu do treści swoich danych osobowych oraz prawo do ich poprawiania.
* Podanie danych osobowych jest dobrowolne. Odmowa podania danych osobowych jest równoznaczna z brakiem możliwości uzyskania dofinansowania w ramach PFRON.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie moich danych osobowych na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych   
(Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) dla celów związanych  
z udzielaniem dofinansowania w ramach PFRON prowadzonego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Tucholi.

………………………………………… ………….………………………

*Podpis pracownika Data i podpis składającego*

*przyjmującego oświadczenie oświadczenie*

strona 6

Załącznik do

wniosku na likwidację barier architektonicznych

pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

wydane dla potrzeb PCPR w Tucholi

/PROSZĘ O WYPEŁNIENIE ZAŚWIADCZENIA W JĘZYKU POLSKIM/

Imię i nazwisko ……………………………………………………………………………………..

Data urodzenia …………………………………… PESEL ……………………………………..

Adres ……………………………………………………………………………………………………

**Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji\***

dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się:

na wózku inwalidzkim

na stałe

okresowo

za pomocą kul

za pomocą balkoniku

osoba leżąca

inna dysfunkcja narządu ruchu

wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk

dysfunkcja narządu wzroku

dysfunkcja narządu słuchu i mowy

deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe

inne (podać jakie) ………………………………………………………………………………………………………………….

Rozpoznanie i opis choroby zasadniczej

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Opis schorzenia będącego przyczyną niepełnosprawności:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Pacjent **wymaga \ nie wymaga\*\*** przystosowania budynku mieszkalnego i jego najbliższego otoczenia stosownie do potrzeb jego niepełnosprawności

Proszę uzasadnić: ………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Data ………………………………….. ………………………………………….

**Podpis i pieczątka lekarza specjalisty**

\* właściwe zaznaczyć

\* niepotrzebne skreślić

strona 7

**Załączniki do wniosku**:

**ETAP I (należy złożyć wraz z wnioskiem)**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Wykaz załączników*** | ***Dostarczono***  ***TAK/NIE*** |
| 1. Kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz., 776 z poźn. zm.),  a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopie orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy  w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r. (**oryginał do wglądu**) |  |
| 2. Kopia orzeczeń, o których mowa wyżej, osób niepełnosprawnych zamieszkałych wspólnie z wnioskodawcą, w przypadku takich osób, |  |
| 3 Aktualne zaświadczenie lekarskie, wypełnione przez lekarza specjalistę zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności  i potwierdzające konieczność zaopatrzenia w przedmiot wniosku, wypełnione w ciągu (załącznik do wniosku), |  |
| 4. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu,  w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (własność, umowa najmu, aktualny wypis z Ksiąg Wieczystych itp.) |  |
| 5. Zgoda właściciela budynku lub lokalu mieszkalnego, jeżeli osoba niepełnosprawne nie jest właścicielem lokalu lub budynku, a w którym stale zamieszkuje. |  |

**ETAP II**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Wykaz załączników*** | ***Uwagi*** | ***Data uzupełnienia*** |
| 1. Szkic, projekt, wyciąg z projektu |  |  |
| 2. Kosztorys wstępny |  |  |
| 3. Zgoda właściciela gruntu na budowę podjazdu, w razie potrzeby należy również uzyskać zgodę na dzierżawę tego terenu |  |  |
| 4. Pozwolenie na budowę/zgłoszenie w Wydziale Budownictwa Starostwa Powiatowego w Tucholi na prace związane z likwidacją barier architektonicznych |  |  |
| 5. Pełnomocnictwo |  |  |
| 6. Aktualny wyciąg z Księgi Wieczystej/oświadczenie |  |  |
| 7. Inne dokumenty, w zależności od potrzeb PCPR |  |  |

**Wniosek niekompletny Stwierdzam kompletność**

……………………………………….. …………………………………………

/data i podpis/ /data i podpis/

strona 8

**Adnotacje przyjmującego wniosek:**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Etap I**

**Opinia merytoryczna, co do kompletności wniosku oraz zasadności zaproponowanego przez wnioskodawcę zakresu zadania:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………….

/data i podpis/

**Etap II**

**Opinie merytoryczna, co do poprawności rozwiązań technicznych i kosztów oraz zgodności z katalogiem likwidacji barier:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………..

/data i podpis/

**Decyzja o przyznaniu dofinansowania:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………......................................................................................................................................................................................................

…………………………..

/data i podpis/

Strona 9