

.....
pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych [Dz. U. z 2002r. Nr 96, poz. 861]

WNIOSEK
o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych
w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzic bądź opiekun prawny)

WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI!!!

Wnioskodawca (dane osoby niepełnosprawnej)

Imię i nazwisko:

Dana urodzenia

Adres zamieszkania:
(miejscowość, ulica, nr domu)

dowód osobisty: seria nr wydany w dniu
przez

nr PESEL | | | | | | | | | | nr NIP | | | | | | | | | | (w przypadku nadania)

Orzeczenie ważne do: ☐ czasowo do ☐ trwale

nr tel/faxu e-mail

Przedmiot dofinansowania:: (proszę szczegółowo wymienić zakres robót)

1.
2.
3.
4.
5.

Przewidywany koszt realizacji zadania (w zł):

Cyframi:..... (słownie:zł)

Krótkie uzasadnienie składanego wniosku:

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

I. Stopień niepełnosprawności ⁽¹⁾

1. znaczny,	
• inwalidzi I grupy	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolnej do samodzielnej egzystencji	
• osoby o stałe 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 stałe albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

II. Rodzaj niepełnosprawności ⁽¹⁾

1. dysfunkcja narządów ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	
2. inna dysfunkcja narządów ruchu	
3. dysfunkcja narządów wzroku	
4. dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

III. Sytuacja zawodowa ⁽¹⁾

1. zatrudniony*/prowadzący działalność gospodarczą*	
2. młodzież 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. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i mieszkania

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

V. Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje: ⁽¹⁾

1. samotnie	
2. z rodziną	
3. z osobami niespokrewnionymi	

**VI. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą
(w tym osoby niepełnosprawne)**

Imię i nazwisko	pokrewieństwo	niepełnosprawność	
		rodzaj ⁽²⁾	rodzaj ⁽³⁾
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

VII. Średni miesięczny dochód na osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy ⁽¹⁾

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	

VIII. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych⁽¹⁾:

Tak ☐ Nie ☐ Jeśli tak, podać na jaki cel:

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

(1) proszę wstawić znak X we właściwej rubryce

(2) proszę wstawić właściwe oznaczenie cyfrowe z tablicy I

(3) proszę wstawić właściwe oznaczenie cyfrowe z tablicy II

Oświadczam, że :

Nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz nie byłem/am w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych [Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.].

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

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

* właściwe zaznaczyć

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

seria.....nr.....wydany w dniu.....przez.....
.....dowód osobisty.....

nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 nr NIP

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 (w przypadku nadania)

miejsowość.....ulica.....nr domu.....nr lokalu.....
.....dokładny adres.....

nr kodu.....-.....pocztą.....powiat.....

województwo nr tal./faxu (z nr kier.)

ustanowiony opiekunem*/ pełnomocnikiem*.....

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

- orzeczenie o stopniu niepełnosprawności – oryginał dokumentu lub kopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez organ który, wydał dokument lub organ, który jest w posiadaniu tego dokumentu lub poświadczony dokument przez notariusza;
- orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób ;
- poświadczenie zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych, wydane przez właściwy urząd;
- kopia aktu własności lokalu, umowy najmu (oryginał do wglądu), jeżeli Wnioskodawca nie jest właścicielem lokalu;
- zgoda właściciela na przeprowadzenie likwidacji barier architektonicznych (w koniecznych przypadkach),
- w przypadku niezgodności adresu na orzeczeniu a adresem zamieszkania wymagane jest oświadczenie
- do wniosku należy dołączyć : w przypadku osób ubezwłasnowionych - postanowienie sądu , nie mogących się podpisać pełnomocnictwo potwierdzone przez notariusza
- oświadczenie o dochodach wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z wnioskodawcą
- aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności oraz wynikających z niej dysfunkcji utrudniających samodzielne funkcjonowanie.
- upoważnienie innej osoby na reprezentowanie osoby niepełnosprawnej

O Ś W I A D C Z E N I E

o wysokości dochodów i liczbie członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

Nazwisko i imię wnioskodawcy:

Adres zamieszkania.....
(miejscowość, ulica, nr domu)

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą	Średni miesięczny dochód netto*
Dane dotyczące Wnioskodawcy:			
1.			
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego:			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
RAZEM			

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za **kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku**, wynosił

..... zł gr.

Powyższy dochód nie jest obciążony z tytułu wyroków sądowych lub innych tytułów. Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych [Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.].

.....
(miejscowość, data)

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

*** Określony w oświadczeniu dochód - oznacza to dochód po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób:**

1. przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach ogólnych na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych, pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne,
2. deklarowany w oświadczeniu dochód z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o ryczałtowym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, pomniejszony o należny zryczałtowany podatek dochodowy i składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne,
3. inne dochody niepodlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych:
 - renty określone w przepisach o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin,
 - renty wypłacone osobom represjonowanym i członkom ich rodzin, przyznane na zasadach określonych w przepisach o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin,
 - świadczenia pieniężne oraz ryczałt energetyczny określone w przepisach o świadczeniu pieniężnym i uprawnieniach przysługujących żołnierzom zastępczej służby wojskowej przymusowo zatrudnianym w kopalniach węgla, kamieniołomach, zakładach rud uranu i batalionach budowlanych,
 - dodatek kombatancki, ryczałt energetyczny i dodatek kompensacyjny określone w przepisach o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego,
 - świadczenie pieniężne określone w przepisach o świadczeniu pieniężnym przysługującym osobom deportowanym do pracy przymusowej oraz osadzonym w obozach pracy przez III Rzeszę Niemiecką lub Związek Socjalistycznych Republik Radzieckich,
 - emerytury i renty otrzymywane przez osoby, które utraciły wzrok w wyniku działań wojennych w latach 1939-1945 lub eksplozji pozostałych po tej wojnie niewypałów i niewybuchów,
 - renty inwalidzkie z tytułu inwalidztwa wojennego, kwoty zaopatrzenia otrzymywane przez ofiary wojny oraz członków ich rodzin, renty wypadkowe osób, których inwalidztwo powstało w związku z przymusowym pobytem na robotach w III Rzeszy Niemieckiej w latach 1939-1945, otrzymywane z zagranicy,
 - zasiłki chorobowe określone w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników oraz w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych,
 - środki bezzwrotnej pomocy zagranicznej otrzymywane od rządów państw obcych, organizacji międzynarodowych lub międzynarodowych instytucji finansowych, pochodzące ze środków bezzwrotnej pomocy przyznanych na podstawie jednostronnej deklaracji lub umów zawartych z tymi państwami, organizacjami lub instytucjami przez Radę Ministrów, właściwego ministra lub agencje rządowe, w tym również w przypadkach, gdy przekazanie tych środków jest dokonywane za pośrednictwem podmiotu upoważnionego do rozdzielania środków bezzwrotnej pomocy zagranicznej na rzecz podmiotów, którym służyć ma ta pomoc,
 - należności ze stosunku pracy lub z tytułu stypendium osób fizycznych mających miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, przebywających czasowo za granicą - w wysokości odpowiadającej równowartości diet z tytułu podróży służbowej poza granicami kraju ustalonych dla pracowników zatrudnionych w państwowych lub samorządowych jednostkach sfery budżetowej na podstawie ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94, z późn. zm.²⁾),
 - należności pieniężne wypłacone policjantom, żołnierzom, celnikom i pracownikom jednostek wojskowych i jednostek policyjnych użytych poza granicami państwa w celu udziału w konflikcie zbrojnym lub wzmocnienia sił państwa albo państw sojuszników, misji pokojowej, akcji zapobieżenia aktom terroryzmu lub ich skutkom, a także należności pieniężne wypłacone żołnierzom, policjantom, celnikom i pracownikom pełniącym funkcje obserwatorów w misjach pokojowych organizacji międzynarodowych i sił wielonarodowych,
 - należności pieniężne ze stosunku służbowego otrzymywane w czasie służby kandydackiej przez funkcjonariuszy Policji, Państwowej Straży Pożarnej, Straży Granicznej i Biura Ochrony Rządu, obliczone za okres, w którym osoby te uzyskały dochód,
 - dochody członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych z tytułu członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej, pomniejszone o składki na ubezpieczenia społeczne,
 - alimenty na rzecz dzieci,
 - stypendia określone w przepisach o systemie oświaty, przepisach Prawo o szkolnictwie wyższym oraz w przepisach o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki, a także inne stypendia przyznawane uczniom lub studentom,
 - kwoty diet nieopodatkowane podatkiem dochodowym od osób fizycznych, otrzymywane przez osoby wykonujące czynności związane z pełnieniem obowiązków społecznych i obywatelskich,
 - należności pieniężne otrzymywane z tytułu wynajmu pokoi gościnnych w budynkach mieszkalnych położonych na terenach wiejskich w gospodarstwie rolnym osobom przebywającym na wypoczynku oraz uzyskane z tytułu wyżywienia tych osób,
 - dodatki za tajne nauczanie określone w ustawie z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2006r. Nr 97, poz. 674),
 - dochody uzyskane z działalności gospodarczej prowadzonej na podstawie zezwolenia na terenie specjalnej strefy ekonomicznej określonej w przepisach o specjalnych strefach ekonomicznych,
 - ekwiwalenty pieniężne za deputaty węglowe określone w przepisach o komercjalizacji, restrukturyzacji i prywatyzacji przedsiębiorstwa państwowego "Polskie Koleje Państwowe",
 - ekwiwalenty z tytułu prawa do bezpłatnego węgla określone w przepisach o restrukturyzacji górnictwa węgla kamiennego w latach 2003-2006,
 - świadczenia określone w przepisach o wykonywaniu mandatu posła i senatora,
 - dochody uzyskane z gospodarstwa rolnego,
 - dochody uzyskiwane za granicą Rzeczypospolitej Polskiej, pomniejszone odpowiednio o zapłacone za granicą Rzeczypospolitej Polskiej: podatek dochodowy oraz składki na obowiązkowe ubezpieczenie społeczne i obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne,
 - renty określone w przepisach o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich ze środków pochodzących z Sekcji Gwarancji Europejskiego Funduszu Orientacji i Gwarancji Rolnej oraz w przepisach o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich z udziałem środków Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich,
 - zaliczkę alimentacyjną określoną w przepisach o postępowaniu wobec dłużników alimentacyjnych oraz zaliczce alimentacyjnej;

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Wypełnia lekarz specjalista

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
do potrzeb ubiegania się przez osobę niepełnosprawną o dofinansowanie ze środków
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
do likwidacji barier architektonicznych

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....
.....

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności:

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

3. Uzasadnienie celowości likwidacji barier architektonicznych w aspekcie indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej:

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

.....
miejscowość i data

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie