

Załącznik nr 1

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

.....
pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

WNIOSEK

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier
architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby
niepełnosprawnej**

I. Dane dotyczące Wnioskodawcy (proszę wypełnić drukowanymi literami)

..... imię ojca
[imię (imiona) i nazwisko]

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

nr PESEL..... nr NIP

..... ul. nr domu nr lokalu.....
(dokładny adres)

nr telefonu

IA. Stopień niepełnosprawności *

1. znaczny	
- osoby niepełnosprawne (1 grupa)	
- osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
- osoby w wieku do 16 lat, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
2. umiarkowany	
- osoby niepełnosprawne (II grupa)	
- osoby całkowicie niezdolne do pracy	
3. lekki	
- pozostałe osoby niepełnosprawne (III grupa)	
- osoby częściowo niezdolne do pracy,	

IB. Rodzaj niepełnosprawności

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

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. dzieci i młodzież do lat 18	

IIIA. Sytuacja mieszkaniowa – warunki mieszkaniowe /wypełnia pracownik Centrum/

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

IIIB. 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
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
.....
.....
.....

IIIC. Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje

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

IIID. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą /w tym osoby niepełnosprawne/

Imię i nazwisko – pokrewieństwo	Niepełnosprawność		Dochód miesięczny netto zł
	Stopień	Rodzaj	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

IV. Średni dochód miesięczny /netto/ na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy

1. do 1.000,00 zł	
2. powyżej 1.000,00 zł	

V. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

	(1)	(2)
1. na likwidację barier architektonicznych i technicznych		
a/ nie korzystałem		
b/ korzystałem / w tym ze środków przyznanych przez WOZIRON/		
2. korzystałem na inne cele ustawowe i rozliczyłem się		
3. korzystałem na inne cele ustawowe i jestem w trakcie rozliczenia		
4 korzystałem i nie rozliczyłem się		

VI. Deklarowany udział własny Wnioskodawcy

1. deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania minimalny –obowiązkowy udział wynosi 20%	%
--	---

VII .Dane informacyjne o Wnioskodawcy

a /wyszktałenie	Zaznacz właściwe	b/ rodzaj źródła utrzymania	Zaznacz właściwe
1. niepełne podstawowe		1.wynagrodzenie za pracę	
2. podstawowe		2.przychody z działalności gospodarczej	

3. zawodowe		2. renta stała / emerytura /	
4. średnie ogólnokształcące		3. renta okresowa	
5. średnie zawodowe		4. renta szkoleniowa	
6. policealne		5. zasiłek dla bezrobotnych	
7. wyższe		7. zasiłek socjalny	
8. wyższe ze stopniem naukowym		8. stypendium	
X		9. alimenty /inne/	

VIII. Cel likwidacji barier architektonicznych

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

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

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

X. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania wynosi :.....zł

(słownie złotych):

XI. Inwestor zastępczy (inspektor nadzoru) wybrany przez Wnioskodawcę:

.....
(nazwa o dokładny adres z numerem kodu)
..... nr telefonu.....

Uprzedzona/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.

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

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik

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

serianrwydany w dniu..... przez.....
(dowód osobisty)

nr PESEL nr NIP

miejsowość ulica nr domu nr lokalu

nr tel./faks

ustanowiony opiekunem / pełnomocnikiem przez
Notariusza z dn.
rep. nr

Załączniki do wniosku:

Do I etapu

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 późn. zm.)
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą ,w przypadku takich osób.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie ,zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności –druk zaświadczenia w załączeniu .
4. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu ,w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (np. własność –akt notarialny ,mieszkanie spółdzielcze –umowa najmu ,przydział lokalu lub Inny dokument + kserokopia dowodu osobistego).
5. Zaświadczenie / oświadczenie o dochodach Wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą.
6. Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.

Do II etapu

1. Szkic mieszkania
2. Projekt i kosztorys, pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach)
3. Zgoda właściciela budynku (w koniecznych przypadkach)
4. Przyjęte pełnomocnictwo inwestora zastępczego
5.
6.
7.
8.

Adnotacje – opinia dotycząca wniosku (wypełnia jednostka rozpatrująca wniosek):

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

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

.....

(podpis)

Załącznik nr 2

do wniosku o dofinansowanie ze środków
PFRON likwidacji barier architektonicznych

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Z A Ś W I A D C Z E N I E L E K A R S K I E

Wydane dla potrzeb Starostwa Powiatowego – Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Elblągu – wniosek dot. dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych.

Imię i nazwisko pacjenta

Data urodzenia

1. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie
2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy / **proszę zakreślić pole X**

<input type="checkbox"/>	Narząd ruchu w zakresie:	Pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych	Pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych	Pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja kończyny dolnej i górnej	Pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja co najmniej jednej kończyny górnej i kończyn dolnych	Pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja kończyn górnych i dolnych	Pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Ocena stanu psychicznego.....	Pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja narządu : wzroku*, słuchu*, mowy*	Pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia	Pieczętka i podpis lekarza

* o ile dotyczy – niepotrzebne skreślić