

.....
pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

.....
data wpływu wniosku

WNIOSEK

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

I. Dane dotyczące wnioskodawcy (wypełnić drukowanymi literami)

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

seria nr wydany w dniu przez
dowód osobisty

nr PESEL

nr kodu-..... poczta województwo/powiat/
dokładny adres

mięscowość ulicanr domunr lokalu

Nazwa banku i numer rachunku bankowego

tel. kontaktowy.....

A. Rodzaj niepełnosprawności (zaznacz: TAK lub NIE)

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

B. Stopień niepełnosprawności (zaznacz: TAK lub NIE)

1. znaczny/ inwalidztwo I grupy/
2. umiarkowany/ inwalidztwo II grupy/
3. lekki/ inwalidztwo III grupy/

II. Sytuacja zawodowa (zaznacz: TAK lub NIE)

1. zatrudniony/ prowadzący działalność gospodarczą
2. dzieci do 18 lat
3. młodzież do lat 24 ucząca się lub studiująca
4. bezrobotny poszukujący pracy/ rencista poszukujący pracy
5. rencista/ emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy

III. Sytuacja mieszkaniowa.

A. osoby zameldowane oraz właściciel lokalu posiadający inne zameldowanie

I. p	Nazwisko i imię	Główny najemca (zaznacz TAK lub NIE)	Pokrewieństwo	Uwagi •
1			wnioskodawca	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

• w uwagach należy wpisać aktualne adresy osób, które pomimo zameldowania zamieszkują w innym miejscu

B. Opis budynku i mieszkania

1	Data zameldowania wnioskodawcy w lokalu/domu jednorodzinny

2	Główny lokator lub właściciel mieszkania, domu (imię i nazwisko, aktualny adres)

Tytuł prawny do zajmowanego lokalu (zaznacz: **TAK** lub **NIE**)

- a) najem
- b) podnajem
- c) spółdzielcze prawo do lokalu (lokatorskie lub własnościowe)
- d) własność lokalu w spółdzielni mieszkaniowej
- e) własność innego lokalu mieszkalnego
- f) własność domu jednorodzinnego
- g) własność budynku wielorodzinnego, w którym zajmuje lokal
- h) inny tytuł prawny

Liczba izb	(podać ilość)	Oddzielna Kuchnia	(Zaznacz) 1) Tak 2) Nie
Piętro	(podać które)	Winda	(Zaznacz) 1) Tak 2) Nie
Ogrzewanie	(Zaznacz Tak lub Nie) 1) Piec węglowe		
	2) Ogrzewanie centralne		
	3) Ogrzewanie centralne-gazowe		
	4) Ogrzewanie elektryczne-akumulacyjne		

Woda zimna	(Zaznacz) 1) Poza budynkiem 2) Poza mieszkaniem 3) W mieszkaniu	Woda ciepła	1) Poza budynkiem 2) Poza mieszkaniem 3) W mieszkaniu
Łazienka	(Zaznacz) 1) Brak łazienki 2) Poza mieszkaniem 3) W mieszkaniu	WC	(Zaznacz) 1) Poza budynkiem 2) Poza mieszkaniem 3) W mieszkaniu
Wyposażenie łazienki:	(Zaznacz Tak lub Nie) 1) W wannę 2) W brodzik 3) Kabinę prysznicową 4) Umywalkę		

Inne informacje o warunkach mieszkaniowych ze szczególnym uwzględnieniem barier architektonicznych utrudniających wykonywanie podstawowych, codziennych czynności.....

.....

.....

IV. Wysokość dochodu osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym z wnioskodawcą

Nazwisko i imię	pokrewieństwo	stopień niepełnosprawności	dochód na m-c
1.....	wnioskodawca
2.
3.
4.
5.
6.
Razem:		

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

wyniósł.....zł.....gr.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

V. Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania likwidacji barier architektonicznych

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

VI. 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

.....
.....

VII. Przedmiot dofinansowania. Wykaz planowanych przedsięwzięć w celu likwidacji barier (w kolejności od najważniejszego dla Wnioskodawcy)

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

Przewidywany koszt realizacji zadania

.....

Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:

cyfrą:.....(słownie:..... zł)

VIII. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

.....

IX. Zadeklarowana kwota posiadanych środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie zadania określonego w pkt. VII

.....
.....

X. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Czy wnioskodawca ma zaległości wobec PFRON				TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON				TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Nr i data zawarcia umowy	Kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan Rozliczenia	Źródło: PFRON Samorząd powiatowy

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

*niepotrzebne skreślić

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kaliszu zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r o ochronie danych osobowych.

.....
 czytelny podpis

OŚWIADCZENIE O ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ

Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 §1 i §1a ustawy z dnia 6 czerwca 1997r Kodeksu Karnego oświadczam, że podane we wniosku oraz w załącznikach informacje są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.

„§1.Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8. §1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w §1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.”

.....
 czytelny podpis

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

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

seria nr wydany w dniuprzez
dowód osobisty

nr kodu-..... poczta województwo/powiat/
dokładny adres

miejsowośćulica nr domu nr lokalu

ustanowiony opiekunem*/pełnomocnikiem*

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

PESEL.....

Załączniki do wniosku:

- kopia orzeczenia o niepełnosprawności (**oryginał do wglądu**)
- kopia orzeczenia o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą, (**oryginał do wglądu**)
- w przypadku gdy wnioskodawca porusza się na wózku inwalidzkim należy dołączyć dowód dokumentujący fakt zakupu wózka inwalidzkiego (np. kserokopie faktury lub kopie rachunku uproszczonego, kopie zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze lub inny dokument potwierdzający nabycie wózka)
- aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu, **dokumentujące problemy wnioskodawcy w poruszaniu się**
- kserokopia tytułu prawnego lokalu lub budynku mieszkalnego (akt własności, umowa najmu, przydział lokalu spółdzielczego itp. - **oryginał do wglądu.**) oraz zgoda właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego w którym wnioskodawca jest zameldowany na stałe na wykonanie prac w celu likwidacji barier architektonicznych