

nr wniosku.....

data wpływu

Powiatowe Centrum Pomocy we Wrocławiu ul. Kościuszki 131, 50-440 Wrocław

Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych i technicznych

DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

Imię i nazwisko

PESEL.....

Adres zamieszkania

.....telefon

Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności

(stopień niepełnosprawności lub grupa inwalidzka)

Orzeczenie o niepełnosprawności przed ukończeniem 16 roku życia

Rodzaj niepełnosprawności*:

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządu słuchu	
5. dysfunkcja narządu mowy	
6. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
7. pozostałe wraz ze schorzeniami sprzężonymi	

Niniejszym 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, wynosi.....zł

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym.....

L.p.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Źródło dochodu	Kwota dochodu
1		wnioskodawca		
2				
3				
4				
5				
6				

Jestem mieszkańcem Domu Pomocy Społecznej tak

nie

Przebywam w Zakładzie Opiekuńczo Leczniczym tak

nie

Nazwa banku i numer rachunku bankowego:.....

.....

INFORMACJE O PLANOWANYM PRZEDSIĘWZIĘCIU

Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania.....

.....

Przedmiot dofinansowania.....

.....

.....

.....

.....

Uzasadnienie.....

.....

.....

.....

.....

.....

Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania.....

Wykaz planowanych przedsięwzięć, inwestycji, zakupów (w kolejności od najważniejszej dla Wnioskodawcy):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Przewidywany koszt realizacji zadania.....zł

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.

.....

.....

.....

Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania.....

.....

Deklarowany procentowy udział Wnioskodawcy w kosztach przedsięwzięcia (min. 5%):

.....%

Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków Funduszu (max. 95%

planowanej inwestycji):zł.

Słownie:

Dotychczasowe korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych:

Korzystałam/em:		TAK / NIE**		
<i>Data przyznania dofinansowania</i>	<i>Numer zawartej umowy</i>	<i>Cel</i>	<i>Kwota</i>	<i>Stan rozliczenia</i>

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

.....

imię (imiona) i nazwisko

seria nr wydany w dniu przez

(dowód osobisty)

nr PESEL

miejsowość ulica nr domu.....

nr lokalu nr kodu poczta powiat

ustanowiony opiekunem/pełnomocnikiem

(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. sygn. akt*/na mocy pełnomocnictwa

potwierdzonego przez Notariusza

z dn. repet nr)

** niepotrzebne skreślić

Oświadczenia:

1. Uprzedzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) za fałszywe zeznania, prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.
2. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować PCPRw ciągu 14 dni.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

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

Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721 z późn. zm.) - oryginał do wglądu.
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą w przypadku takich osób - oryginał do wglądu.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu.
4. Kopia dowodu osobistego – oryginał do wglądu.
5. Udokumentowana podstawa prawna zamieszkania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (np. własność, umowa najmu) - oryginał do wglądu (dotyczy tylko likwidacji barier architektonicznych).
6. Aktualne zaświadczenie o zameldowaniu (dotyczy tylko likwidacji barier architektonicznych).
7. Zgoda właściciela budynku lub lokalu mieszkalnego na przeprowadzenie wnioskowanych prac, jeżeli taka zgoda jest wymagana (dotyczy tylko likwidacji barier architektonicznych).
8. Faktura PRO FORMA lub oferta cenowa zakupu sprzętu (dotyczy tylko likwidacji barier technicznych).
9. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania – o ile dotyczy.

.....
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek (PCPR)

.....
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

.....
(data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko.....

zamieszkała (y).....

PESEL.....

wymaga likwidacji barier ze względu na trudności w zakresie

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

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

Zgodnie z § 6 pkt. 1 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2013 r. poz. 1190 z późn. zm.)

„o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych ze środków Funduszu mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, **które mają trudności w poruszaniu się.....** jeżeli ich realizacja umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem”.