

...../...../.....  
numer kolejny wniosku/powiat/rok złożenia wniosku

.....  
pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

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

## WNIOSEK

### o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych dla osoby niepełnosprawnej

#### A. Dane dotyczące wnioskodawcy (wypełnić drukowanymi literami)

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

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

data urodzenia ..... nr PESEL ..... nr tel .....

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

miejsowość ..... ulica ..... nr domu ..... nr lokalu .....

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

□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□

#### I. Rodzaj niepełnosprawności <sup>(1)</sup>

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	

#### II. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik <sup>(1)</sup>

1. znaczny	
• inwalidzi I grupy,	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji,	
• osoby o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny (orzeczenie wydane przed 1 stycznia 1998r.)	
• osoby w wieku do lat 16, zaliczone do osób niepełnosprawnych, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
2. umiarkowany	
• inwalidzi II grupy,	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy,	
3. lekki	
• inwalidzi III grupy,	
• osoby częściowo niezdolne do pracy	
• osoby o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym (orzeczenie wydane przed 1 stycznia 1998r.)	

(1) wstawić x we właściwej rubryce

### III. Sytuacja zawodowa <sup>(1)</sup>

1. zatrudniony*/prowadzący działalność gospodarczą*	
2. młodziź 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 młodziź do lat 18	

### IV. Sytuacja mieszkaniowa - warunki mieszkaniowe (wypelnia pracownik Centrum) <sup>(1)</sup>

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

### V. 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 ..... (podaj liczbę), z kuchnią\*, bez kuchni\*, z łazienką\*, bez łazienki\*, z wc\*, bez wc\*
- łazienka jest wyposażona w: wannę\*, brodzik\*, kabinę prysznicową\*, umywalkę\*, muszlę klozetową\*
- w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej\*, ciepłej\*, kanalizacja\*, centralne ogrzewanie\*, prąd\*, gaz\*
- inne informacje o warunkach mieszkaniowych .....
- .....
- .....

### VI. Sytuacja mieszkaniowa - zamieszkuje <sup>(1)</sup>

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

### VII. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym wraz z wnioskodawcą

Lp.	Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą (nie należy wpisywać imion i nazwisk osób)	Rok urodzenia	Stopień i rodzaj niepełnosprawności	
			stopień <sup>(2)</sup>	rodzaj <sup>(3)</sup>
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				

\* niepotrzebne skreślić

(1) wstaw x we właściwej rubryce

(2) wstaw właściwe oznaczenia cyfrowe z tabeli II.

(3) wstaw właściwe oznaczenia cyfrowe z tabeli I.

**VIII. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

Czy wnioskodawca korzystał ( w ciągu ostatnich 3 lat licząc od roku poprzedzającego rok złożenia wniosku) ze środków PFRON:                      TAK                         NIE  

Cel ( nazwa zadania ustawowego oraz/ lub nazwa programu, w ramach którego przyznana została pomoc – przedmiot dofinansowania)	Nr i data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Termin rozliczenia	Kwota rozliczona

**IX. Deklarowany udział własny wnioskodawcy i/lub sponsora**

Źródła finansowania zadania :       we własnym zakresie     inne (jakie?) .....

1. deklarowany przez wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania - ponad obowiązkowe 5%	%
2. deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania	%

**X. Dane informacyjne o wnioskodawcy<sup>(1)</sup>**

wykształcenie	zaznacz właściwe	rodzaj źródła utrzymania	zaznacz właściwe
niepełne podstawowe		wynagrodzenie za pracę	
podstawowe		przychody z działalności gospodarczej	
zawodowe		renta stała*/emerytura*	
średnie ogólnokształcące		renta okresowa	
średnie zawodowe		renta szkoleniowa	
policealne		zasilek dla bezrobotnych	
wyższe		zasilek socjalny	
wyższe z tytułem naukowym		stypendium	
inne.....		alimenty*/inne*	

**XI. Miejsce realizacji likwidacji barier architektonicznych**

.....

**XII. Cel dofinansowania zadania**

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

(1) wstaw x we właściwej rubryce  
 \* niepotrzebne skreślić

**XIII. Wykaz planowanych przedsięwzięć w celu likwidacji barier i orientacyjny koszt (w kolejności od najważniejszego dla Wnioskodawcy)**

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

**XIV. Przewidywany koszt realizacji zadania**

cyfrą: ..... (słownie: ..... zł)

**XV. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania**

cyfrą: ..... (słownie: ..... zł)

**XVI. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z dotychczasowymi źródłami finansowania**

cyfrą: ..... (słownie: ..... zł)

.....

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

.....

\*

*Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłam/em stroną umowy zawartej z PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.*

*W przypadku otrzymania dofinansowania zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy wartością prac, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł, a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.*

*Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych.*

*Uprzedzona/y o odpowiedzialności za podanie informacji niezgodnych z prawdą 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.*

*Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i uchwaleniu planu finansowego na rok bieżący przez Radę Powiatu Mińskiego.*

\*

.....  
**czytelny podpis**  
Wnioskodawcy/ przedstawiciela ustawowego/  
opiekuna prawnego /pełnomocnika\*

*\* niepotrzebne skreślić*

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

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

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

data urodzenia ..... nr PESEL ..... nr tel .....

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

miejsowość ..... ulica ..... nr domu ..... nr lokalu .....

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

.....

**Załączniki do wniosku:**

**Do I etapu**

- 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 lub w przypadku dziecka kopię orzeczenia o zaliczeniu do osób niepełnosprawnych,
  - orzeczenia o niepełnosprawności osób prowadzących wspólne gospodarstwo domowe z wnioskodawcą,
  - dokument potwierdzający własność lub wieczyste użytkowanie budynku lub mieszkania, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych,
  - zgoda właściciela budynku (w koniecznych przypadkach),
  - potwierdzenie stałego zameldowania w lokalu lub budynku mieszkalnym, w którym ma nastąpić likwidacja barier,
  - aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające rodzaj niepełnosprawności, czy wnioskodawca ma trudności w poruszaniu się, *(załącznik nr 1)*
  - oświadczenie o dochodach netto za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wnioskodawcy i osób prowadzących wspólne gospodarstwo domowe z wnioskodawcą *(załącznik nr 2)*,
  - kopia dokumentu potwierdzającego prawo występowania w imieniu osoby niepełnosprawnej (np. jako: opiekun prawny, pełnomocnik)
- oraz do wglądu :
- dowód osobisty wnioskodawcy,

**Do II etapu**

- szkic mieszkania,
- projekt i kosztorys,
- pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach)
- przyjęte pełnomocnictwo inwestora zastępczego.

**Termin składania wniosku – w każdym czasie**

**B. Adnotacje przyjmującego wniosek (wypełnia Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie)**

.....

.....

**I. Inwestor zastępczy (inspektor nadzoru) wybrany przez wnioskodawcę:**

.....  
*(nazwa i dokładny adres z numerem kodu)*

..... nr telefonu .....

*\* niepotrzebne skreślić*



.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**DOTYCZĄCE ZASADNOŚCI LIKWIDACJI**  
**BARIER ARCHITEKTONICZNYCH**

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Adres.....

Rodzaj schorzenia: .....

.....

.....

Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:.....

.....

.....

Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny:.....

.....

Pacjent wymaga likwidacji barier architektonicznych.

Uzasadnienie potrzeby likwidacji barier architektonicznych :

.....

.....

.....

.....  
miejsowość, data

.....  
pieczęćka i podpis lekarza

**OŚWIADCZENIE****Wnioskodawcy o dochodach we wspólnym gospodarstwie domowym**

Imię i nazwisko Wnioskodawcy .....

Adres zamieszkania .....

**Oświadczam**, iż moje wspólne gospodarstwo domowe, tworzą następujące osoby:

Lp.	Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą	Rok urodzenia	Dochód *miesięczny / netto /	
			Rodzaj dochodu** lub liczba hektarów przeliczeniowych	wysokość
1.	<b>WNIOSKODAWCA</b>			
2.	<b>UWAGA!</b> Nie należy wpisywać imion i nazwisk osób, z którymi prowadzi się wspólne gospodarstwo domowe. Należy podać tylko ich rok urodzenia, stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą i dochód miesięczny.			
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
Ja bądź moi członkowie rodziny pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym posiadają gospodarstwo rolne <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK				
<b>Łączny przeciętny miesięczny dochód rodziny /netto/:</b>				

Oświadczam, że ja bądź moi członkowie rodziny pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym:

1) pobierają świadczenia z ośrodka pomocy społecznej  NIE  TAK (jakie?).....Oświadczam, że w **kwartale poprzedzającym** miesiąc, w którym składany jest wniosek **przeciętny miesięczny dochód\*\*\*** przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowymwyniósł:  złotych.

Oświadczam, że znana jest mi odpowiedzialność karna za składanie fałszywych zeznań, przewidziana w artykule 233 K.k. zgodnie z którym za złożenie fałszywych zeznań grozi kara pozbawienia wolności do lat 3, jak również znana jest mi treść art. 297 K.k.

.....  
data.....  
**czytelny** podpis Wnioskodawcy/ przedstawiciela ustawowego/  
opiekuna prawnego / pełnomocnika

\* Jest to średni miesięczny dochód z kwartału poprzedzającego miesiąc złożenia wniosku w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składką z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób.

\*\* Np.: praca, działalność gospodarcza, gospodarstwo rolne, renta, emerytura, itp., lub uczeń, student, brak dochodu.

\*\*\* Dochód łączny należy podzielić przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

**UWAGA!** Świadczenie pielęgnacyjne, zasiłek pielęgnacyjny, rodzinny i wychowawczy nie jest dochodem w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych.