Nr wniosku: DRON.542. ……

Liczba punktów

WNIOSEK

o dofinansowanie likwidacji barier funkcjonalnych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej ze środków PFRON

/dotyczy osób zamieszkałych na terenie powiatu inowrocławskiego/

☐ **likwidacja barier architektonicznych**

☐ **likwidacja barier technicznych**

☐ **likwidacja barier w komunikowaniu się**[1]

1.Wnioskodawca:

Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej……..
PESEL…….
Adres zamieszkania:
miejscowość…….ulica……nr domu……
kod pocztowy ……telefon……powiat…….
nazwa banku i numer rachunku bankowego…….
……...

☐ **Miasto** ☐ **Wieś**

2. Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), Opiekun Prawny lub Pełnomocnik

Imię, nazwisko……..
PESEL……
Adres zamieszkania:
miejscowość…….ulica……nr domu……
kod pocztowy ……telefon……powiat…….
nazwa banku i numer rachunku bankowego…….
……...
ustanowiony Opiekun / Pełnomocnik……..

[1] Właściwe zakreślić

3. Stopień niepełnosprawności:[2]

Orzeczenie o niepełnosprawności osób do 16 roku życia	
Znaczny	
Umiarkowany	
Lekki	
Punktacja:	

4. Informacje o innych osobach niepełnosprawnych pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym z wnioskodawcą (do wniosku należy dołączyć orzeczenia tych osób):

☐ **Nie dotyczy**

Stopień pokrewieństwa	**Stopień niepełnosprawności**
Punktacja:	

5. Rodzaj niepełnosprawności:[3]

1.Dysfunkcja narządu ruchu:	
a) z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
b) z koniecznością poruszania się za pomocą kul	
c) poruszający się samodzielnie	
d) inne (jakie?)…….....	
2. Dysfunkcja narządu wzroku	
3. Dysfunkcja narządu słuchu	
4. Inne dysfunkcje (jakie?):	

6. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku / mieszkania[4]

- dom jednorodzinny, wielorodzinny prywatny, wielorodzinny komunalny, wielorodzinny spółdzielczy, inne.....
- budynek parterowy, piętrowy, mieszkanie na ..... piętrze (proszę podać kondygnację)
- przybliżony wiek budynku lub rok budowy.....
- opis mieszkania: pokoje.....(podać liczbę), 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 ..... ……

[2] Właściwe zakreślić krzyżykiem
[3] Właściwe zaznaczyć
[4] Właściwe podkreślić

7. Oświadczenie o dochodach

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód na jedną osobę w rodzinie z uwzględnieniem świadczeń rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych, a także wynagrodzenie, renta, emerytura, dochód z gospodarstwa rolnego oraz dochód nieopodatkowany wynosi ……...zł (netto).

8. Sytuacja rodzinna - zamieszkuje[5]

samotnie	
z rodziną	
z osobami niespokrewnionymi	
Punktacja:	

9. Przedmiot dofinansowania, krótki opis przedsięwzięcia, wykaz planowanych zakupów, cel dofinansowania – uzasadnienie:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

10. Plan realizacji zadania

1. Miejsce realizacji zadania (podać dokładny adres, gdzie będzie przeprowadzana likwidacja barier, czyli miejsce zamieszkania Wnioskodawcy)

   …….

2. Termin rozpoczęcia (podać miesiąc planowanego zakupu i montażu) i przewidywany czas realizacji zadania (np. jeden miesiąc)

   ……

3. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek oraz dotychczasowe źródła finansowania – w przypadku dokonanych już zakupów lub prac (jeśli brak, wpisać „nie dotyczy")

   …….....

4. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania (jeśli brak, wpisać „nie dotyczy")

   …….

[5] Właściwe zaznaczyć krzyżykiem

11. Koszt zadania

1.Przewidywany koszt ogółem (100%)	……..zł
2. Deklarowane środki własne (min. 20%)	.....zł
3. Wnioskowana kwota ze środków PFRON (max. 80%)	……zł

12. Informacja o korzystaniu w ciągu ostatnich 3 lat ze środków PFRON – dotyczy likwidacji barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się.

Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia
Razem:			Kwota rozliczenia	
			Punktacja:	

☐ Nie korzystałem/łam nigdy z dofinansowań ze środków PFRON

O dofinansowanie ubiegam się po raz …… (proszę wpisać, który raz składacie Państwo wniosek o dofinansowanie do likwidacji barier).

UWAGA!
Dofinansowanie nie może obejmować kosztów likwidacji barier poniesionych przed zawarciem umowy.
Punktacja do wniosków dotyczy tylko i wyłącznie wniosków o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania wnioskodawcy.
Wnioskodawca wypełnia wniosek nie pozostawiając niewypełnionych miejsc.
W dniu składania wniosku, wniosek powinien być kompletny i zawierać wszystkie wymagane załączniki oraz podpisy.
Nie przyjmuje się niekompletnych wniosków.

Inowrocław, dnia……..

……
Podpis wnioskodawcy

OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie danych na podstawie ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. nr 101 poz. 926 z późn. zm.) w zbiorze danych prowadzonych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Inowrocławiu.

……
Podpis wnioskodawcy

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 § 1,2,3 ustawy z dn. 6 czerwca 1997r. oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się pisemnie informować w ciągu 14 dni

……
Podpis wnioskodawcy

Weryfikacja formalna wniosku[6].

	Nazwa załącznika	
1.	Kopia ważnego orzeczenia o niepełnosprawności	
2.	Kopie orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą	
3.	Aktualne, czytelne zaświadczenie lekarskie od lekarza zawierające informację o występującej barierze	
4.	Kserokopia dowodu osobistego (dotyczy LBK , LBT)	
5.	Udokumentowana podstawa prawna do zamieszkiwania lokalu, np. akt notarialny lub umowa najmu (dot. LBA)	
6.	Potwierdzenie zameldowania na pobyt stały (dotyczy LBA)	
7.	Faktura pro-forma lub oferta cenowa zawierająca nazwę sprzętu i kwotę brutto (dot. LBK, LBT)	
8.	Inne……	
9.	……...	
10.	…….	

Wniosek kompletny w dniu przyjęcia □ **TAK** □ **NIE**

……..
Podpis pracownika
przyjmującego wniosek

[6] Wypełnia pracownik PCPR

Załączniki do wniosku o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych:

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik (oryginał do wglądu),
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób (oryginał do wglądu),
3. Aktualne czytelne, zaświadczenie lekarskie od lekarza zawierające informację o występującej barierze (druk w załączeniu),
4. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych, tj.: umowa najmu lub akt notarialny,
5. Poświadczenie zameldowania,
6. Dokument potwierdzający inne niż PFRON źródła finansowania zadania w przypadku sponsora,
7. Zaświadczenie o pobieraniu nauki ze szkoły lub uczelni – dotyczy osób uczących się,

Załączniki do wniosku o dofinansowanie likwidacji barier technicznych:

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik (oryginał do wglądu),
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób (oryginał do wglądu),
3. Aktualne, czytelne, zaświadczenie lekarskie od lekarza zawierające informację o występującej barierze (druk w załączeniu),
4. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych, tj.: umowa najmu lub akt notarialny oraz poświadczenie zameldowania (tylko w przypadku wniosków o dofinansowanie zakupu i montażu windy oraz centralnego ogrzewania),
5. Kserokopia dowodu osobistego wnioskodawcy,
6. Dokument potwierdzający inne niż PFRON źródła finansowania zadania w przypadku sponsora,
7. Zaświadczenie o pobieraniu nauki ze szkoły lub uczelni – dotyczy osób uczących się,
8. Faktura pro-forma lub oferta cenowa zawierająca nazwę sprzętu i kwotę brutto**,**.

Załączniki do wniosku o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się:

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik (oryginał do wglądu),
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób (oryginał do wglądu),
3. Aktualne, czytelne, zaświadczenie lekarskie od lekarza zawierające informację o występującej barierze. W przypadku chorób narządu wzroku oraz słuchu wymagane zaświadczenie od lekarza specjalisty leczącego dane schorzenie (druk w załączeniu),
4. Kserokopia dowodu osobistego wnioskodawcy,
5. Dokument potwierdzający inne niż PFRON źródła finansowania zadania w przypadku sponsora,
6. Zaświadczenie o pobieraniu nauki ze szkoły lub uczelni – dotyczy osób uczących się,
7. W przypadku choroby wzroku - dokument potwierdzający stopień obniżenia ostrości wzroku i zwężenia pola widzenia; w przypadku zaburzenia słuchu - audiogram,
8. Faktura pro-forma lub oferta cenowa zawierająca nazwę sprzętu i kwotę brutto**,**
9. Zaświadczenie z zakładu pracy potwierdzające zatrudnienie - dotyczy osób pracujących,
10. W razie potrzeby do wniosku można dołączyć inne dokumenty, np. dotyczące stanu zdrowia, zaświadczenia, opis sytuacji życiowej, itp.

……..dnia……...

……..
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb PCPR w związku z likwidacją barier
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta……...
PESEL…….

Pacjent wymaga[1]:

a) Likwidacji barier architektonicznych,
b) Likwidacji barier technicznych,
c) Likwidacji barier w komunikowaniu się.

Pacjent posiada:

a) dysfunkcję narządu ruchu:
   - z koniecznością poruszania się za pomocą wózka inwalidzkiego

   od (wpisać rok) ……...……...,
   - z koniecznością poruszania się przy pomocy kul

   od (wpisać rok) ……..……..…..,
   - po amputacji kończyn (dolnych/górnych)[2]

   od (wpisać rok) ……..,
   - poruszający się samodzielnie,
   - inne ……...

b) dysfunkcję narządu wzroku
   - od (wpisać rok oraz ubytek wzroku)

   -oko lewe……
   -oko prawe……...
c) dysfunkcję narządu słuchu
   - od (wpisać rok oraz ubytek słuchu)

   -ucho lewe……...
   -ucho prawe…….
d) dysfunkcję narządu mowy,
e) inne (jakie?) ……..

Uzasadnienie wniosku, opis schorzenia

……..

……..

……..

……..

……....

Pieczątka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

[1] Właściwe zaznaczyć
[2] Właściwe wypełnić