

Nr wniosku...../.....

Data wpływu do PCPR w Pabianicach.....

## WNIOSEK

### **o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się, technicznych dla indywidualnych osób niepełnosprawnych**

**A: Dane dotyczące Wnioskodawcy ( proszę wypełnić drukowanymi literami).**

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

seria.....nr .....wydany w dniu.....przez.....

nr PESEL.....

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

nr kodu.....-.....poczta.....powiat.....

województwo.....nr telefonu/faxu( z nr kier.).....

**B: Przedstawiciel ustawowy ( dla małoletniego wnioskodawcy), opiekun prawny**

.....syn/córka.....

seria.....nr.....wydany w dniu.....przez.....

nr PESEL.....

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

nr kodu.....-.....poczta.....powiat.....

województwo.....nr telefonu/faxu ( nr kier.).....

opiekun\*/pełnomocnik\*.....(postanowieniem sądu Rejonowego

z dnia.....sygn. akt\*/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez

notariusza.....z dnia.....repet. nr.....)

**C: Sytuacja zawodowa:**

1.zatrudniony/ prowadzący działalność gospodarczą	
2.osoba w wieku od 18-25 lat, ucząca się lub studiująca	
3. bezrobotny, poszukujący pracy/ rencista poszukujący pracy	
4.rencista/ emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy	
5. dzieci i młodzież do 18 lat	

**D: Miejsce realizacji zadania ( miejsce zamieszkania osoby niepełnosprawnej, łazienka, pokój, korytarz, itp. W przypadku likwidacji barier architektonicznych prosimy opisać dokładny stan lokalu, w którym planowane jest zadanie):**.....

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

**E: Cel dofinansowania do likwidacji barier ( proszę opisać wpływ likwidacji barier na wykonywanie podstawowych, codziennych czynności życiowych, lub kontaktów z otoczeniem)**

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

**F: Wykaz planowanych przedsięwzięć, inwestycji /zakup urządzeń mających na celu likwidację barier:**

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

**G: Przewidywany koszt realizacji zadania:**

Cyframi.....

Słownie:.....

( w przypadku łamania barier architektonicznych należy wpisać szacunkowy koszt realizacji zadania)

**H: Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania z PFRON w zł**

Cyframi.....

Słownie:.....

**I: Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania.....**

**J: Dotychczas ogólna wartość poniesionych nakładów przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania:.....**

.....

**K: Udokumentowany, deklarowany przez sponsora/ informacja o innych źródłach finansowania, koszt pokrycia realizacji zadania:**

Cyframi.....

Słownie:.....

**L: Informacje o korzystaniu ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych:**

Cel Na który zostało przyznane dofinansowanie	Nr umowy	Data przyznania dofinansowania	Stan rozliczenia

Upředzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art.297 § 1,2,3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku – 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 wciągu 14 dni.

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

## **ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:**

1. Kopia orzeczenia, o zakwalifikowaniu do jednego z trzech stopni niepełnosprawności lub równoważne, w przypadku dzieci orzeczenie o niepełnosprawności,
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza specjalistę ( druk w załączeniu),
4. Oświadczenie o dochodach ( druk w załączeniu),
5. Oświadczenie o niekorzystaniu ze środków PFRON na likwidację barier ( druk w załączeniu)
6. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier ( własność, umowa najmu, poświadczenie zameldowania itp) Dotyczy tylko likwidacji barier architektonicznych.
7. Oferta kosztorysowa ( dotyczy likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych),
8. W przypadku łamania barier architektonicznych po pozytywnej decyzji Zespołu ds. rozpatrywania wniosku należy dostarczyć kosztorys przedwykonawczy planowanych robót
9. Inne dokumenty wymagane w zależności od indywidualnej sytuacji Wnioskodawcy i rodzaju likwidowanych barier

## **Adnotacje osoby przyjmującej wniosek:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
data i podpis osoby przyjmującej wniosek

# O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, iż w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych\* nie uzyskałem/ am ( uzyskałem/ am)\* dofinansowania na ten cel ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

W przypadku osób korzystających z dofinansowania z zakresu likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych:

Cel dofinansowania.....

.....

Numer umowy i datę przyznania dofinansowania.....

.....

Stan rozliczenia z dofinansowania:

Rozliczyłam/em się z dofinansowania\*/ Nie rozliczyłem się z dofinansowania\*/

.....

Data

.....

Podpis

---

\*

/niewłaściwe skreślić

**OŚWIADCZENIE**  
**wnioskodawcy oraz osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym**

Dla: Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Pabianicach w celu dofinansowania ze środków PFRON dofinansowania likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się, technicznych

Ja niżej podpisany(a) .....  
 (Imię i nazwisko)

zamieszkały(a) Ź .....ulica:.....

nr domu....., nr mieszkania.....oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Źródło dochodu (lub brak dochodu)	Przeciętny miesięczny dochód obliczony za rok podatkowy 2015*)
Dane dotyczące wnioskodawcy				
1.				
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego**)				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
			<b>RAZEM</b>	

W przypadku osób samotnych do oświadczenia należy wpisać tylko wnioskodawcę.

**Średni miesięczny dochód na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego**

**Wynosi.....**

.....  
 Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych danych osobowych na zasadach określonych w ustawie z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 133 poz. 883) w zbiorze danych osobowych prowadzonych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pabianicach.

.....  
Data

.....  
Podpis wnioskodawcy/ przedstawiciela ustawowego

## **Objaśnienia do wniosku na likwidację barier**

*\*) przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych, pomniejszony o obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego, oraz kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, obliczony za rok podatkowy 2015 r.*

*\*\*\*) członkiem rodziny pozostającym we wspólnym gospodarstwie domowym jest uprawniony, jego małżonek, dzieci, rodzice (opiekunowie) wnioskodawcy, rodzeństwo wnioskodawcy – do ukończenia 18 roku życia, a w przypadku pobierania nauki, do ukończenia lat 25, niepełnosprawne rodzeństwo wnioskodawcy – bez względu na wiek. Aby pozostawali oni we wspólnym gospodarstwie domowym, wymagane jest, by wspólnie się utrzymywali.*

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pabianicach informuje, iż w przypadku podania informacji niezgodnych ze stanem rzeczywistym wniosek pozostawiony będzie bez rozpatrzenia.

*Art. 297 § 1.K.K. Kto, w celu uzyskania dla siebie lub kogo innego, od banku lub jednostki organizacyjnej prowadzącej podobną działalność gospodarczą na podstawie ustawy albo od organu lub instytucji dysponujących środkami publicznymi – kredytu, pożyczki pieniężnej, poręczenia, gwarancji, akredytywy, dotacji, subwencji, potwierdzenia przez bank zobowiązania wynikającego z poręczenia lub z gwarancji lub podobnego świadczenia pieniężnego na określony cel gospodarczy, elektronicznego instrumentu płatniczego lub zamówienia publicznego, oświadczenie dotyczące okoliczności o istotnym znaczeniu dla uzyskania wymienionego wsparcia finansowego, instrumentu płatniczego lub zamówienia, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.*

*§ 2. Tej samej karze podlega, kto wbrew ciężącemu obowiązkowi, nie powiadamia właściwego podmiotu o powstaniu sytuacji mogącej mieć wpływ na wstrzymanie albo ograniczenie wysokości udzielonego wsparcia finansowego, określonego w § 1, lub zamówienia publicznego albo na możliwość dalszego korzystania z elektronicznego instrumentu płatniczego (Ustawa – Kodeks karny, Dz.U. z 1997 r. nr 88 poz. 533 z późniejszymi zmianami).*

### **U W A G A!!!**

**1. Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania!**

2. Dofinansowanie będzie przyznawane do wyczerpania środków finansowych PFRON przekazanych dla Powiatu Pabianickiego na rok 2016 i zatwierdzonych do wykorzystania na powyższy cel.

**3. Dofinansowanie nie obejmuje kosztów realizacji zadania poniesionych przed zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON!**

**UWAGA!!!** W przypadku podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, zobowiązany on zostanie do zwrotu przekazanych przez PCPR środków finansowych PFRON wraz z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonania przez PCPR płatności tych środków.

Zapoznałem się z powyższym:.....**Data i własnoręczny podpis Wnioskodawcy**

Załącznik do wniosku na likwidację barier

.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

.....  
data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**  
**wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Pabianicach –**  
**likwidacja barier**

( prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i Nazwisko pacjenta.....

Data urodzenia.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

.....  
.....

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia niepełnosprawności lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.....

.....  
.....

3. Uszkodzenie innych narządów i układów oraz choroby współistniejące.....

.....  
.....

4. Czy osoba niepełnosprawna ma trudności w poruszaniu się, w szczególności , czy porusza się samodzielnie?.....

.....  
.....

5. Jakie elementy przedsięwzięcia objętego wnioskiem o dofinansowanie umożliwi lub znacznie ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontakt z otoczeniem.....

.....  
.....

**Pouczenie:** Zgodnie z art.271 § 1 kodeksu karnego „*Funkcjonariusz publiczny lub inna osoba uprawniona do wystawienia dokumentu, która poświadcza w nim nieprawdę co do okoliczności mającej znaczenie prawne, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat*”

.....



podpis pieczęć lekarza specjalisty  
wystawiającego zaświadczenie

**Imię i nazwisko:** .....

**Adres zamieszkania:** .....

.....

## **OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż nie posiadam żadnych zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz oświadczam, iż w ciągu trzech lat przed złożeniem tego wniosku nie byłem stroną umowy zawartej z Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

.....

Data

.....

Podpis wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego

