

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 się¹**

1. Wnioskodawca:

Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej.....

PESEL.....

Adres zamieszkania:

miejsowość.....ulica.....nr domu.....

kod pocztowytelefon.....powiat.....

nazwa banku i numer rachunku bankowego.....

.....

Miasto

Wieś

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

Imię, nazwisko.....PESEL.....

Adres zamieszkania:

miejsowość.....ulica.....nr domu.....

kod pocztowytelefon.....powiat.....

nazwa banku i numer rachunku bankowego.....

.....

ustanowiony Opiekun / Pełnomocnik.....

3. Stopień niepełnosprawności:²

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

¹

² Właściwe zakreślić
Właściwe zakreślić krzyżykiem

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. 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 wynosizł (netto).

Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

7. Sytuacja rodzinna - zamieszkuje⁴

samotnie	
z rodziną	
z osobami niespokrewnionymi	
Punktacja:	

8. Przedmiot dofinansowania, krótki opis przedsięwzięcia, wykaz planowanych zakupów, cel dofinansowania – uzasadnienie (należy wpisać: o co się Państwo ubiegacie, dlaczego, co obecnie stanowi barierę i jak zamierzacie ją zlikwidować):

.....

.....

.....

³ Właściwe zaznaczyć

⁴ Właściwe zaznaczyć krzyżykiem

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

9. 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”)
.....

10. Koszt zadania

1.Przewidywany koszt ogółem (100%)zł
2. Deklarowane środki własne (min. 5%)zł
3. Wnioskowana kwota ze środków PFRON (max. 95%)zł

11. 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 w ciągu ostatnich 3 lat 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

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,
- uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 § 1,2,3 ustawy z dn. 6 czerwca 1997 r. 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,
- stale zamieszkuję pod adresem podanym we wniosku (w przypadku osób ubiegających się o likwidację barier architektonicznych w miejscu zamieszkania).

.....
Podpis wnioskodawcy

Weryfikacja formalna wniosku (wypełnia pracownik Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie)

	Nazwa załącznika	
1.	Kopia ważnego orzeczenia o niepełnosprawności	
2.	Kopie orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą	
3.	Aktualne zaświadczenie lekarskie	
4.	Udokumentowana podstawa prawna do zamieszkiwania lokalu, np. akt notarialny lub umowa najmu (dot. LBA)	
5.	Faktura pro-forma lub oferta cenowa zawierająca nazwę sprzętu i kwotę brutto (dot. LBK, LBT)	
6.	Kalkulacja kosztów (dotyczy LBA)	
7.	
8.	
9.	
10.	

Wniosek kompletny w dniu przyjęcia

TAK **NIE**

.....
Podpis pracownika
przyjmującego wniosek

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 wystawione nie wcześniej niż 60 dni przed dniem złożeniem wniosku (załącznik nr 1),
4. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych, tj.: umowa najmu lub akt notarialny,
5. Kalkulacja kosztów związanych z realizacją zadania (załącznik nr 2),
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 wystawione nie wcześniej niż 60 dni przed dniem złożeniem wniosku (załącznik nr 1),
4. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych, tj.: umowa najmu lub akt notarialny (tylko w przypadku wniosków o dofinansowanie zakupu i montażu windy oraz centralnego ogrzewania),
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. 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 wystawione nie wcześniej niż 60 dni przed dniem złożeniem wniosku (załącznik nr 1), w przypadku chorób narządu słuchu wymagane zaświadczenie od lekarza specjalisty leczącego dane schorzenie,
4. Dokument potwierdzający inne niż PFRON źródła finansowania zadania w przypadku sponsora,
5. Zaświadczenie o pobieraniu nauki ze szkoły lub uczelni – dotyczy osób uczących się,
6. W przypadku choroby wzroku - dokument potwierdzający stopień obniżenia ostrości wzroku i zwięźenia pola widzenia; w przypadku zaburzenia słuchu - audiogram,
7. Faktura pro-forma lub oferta cenowa zawierająca nazwę sprzętu i kwotę brutto,
8. Zaświadczenie z zakładu pracy potwierdzające zatrudnienie - dotyczy osób pracujących

.....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 wymaga⁵:

- 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)⁶
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

.....

Kalkulacja kosztów związanych z realizacją zadania likwidacja barier architektonicznych

L.p.	Opis wykonywanych robót	Szacunkowa wartość	
		material	robocizna
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			