

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<sup>1</sup>**

#### 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.....

#### 3. Stopień niepełnosprawności:<sup>2</sup>

Orzeczenie o niepełnosprawności osób do 16 roku życia	
Znaczny	
Umiarkowany	
Lekki	
<b>Punktacja:</b>	

<sup>1</sup> Właściwe zakreślić

<sup>2</sup> 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
<b>Punktacja:</b>	

**5. Rodzaj niepełnosprawności:<sup>3</sup>**

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 wynosi .....zł (netto).

Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi .....

**7. Sytuacja rodzinna - zamieszkuje<sup>4</sup>**

samotnie	
z rodziną	
z osobami niespokrewnionymi	
<b>Punktacja:</b>	

**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):**

.....

.....

.....

<sup>3</sup> Właściwe zaznaczyć

<sup>4</sup> Właściwe zaznaczyć krzyżykiem



**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	
				<b>Punktacja:</b>

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 przez administratora danych tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Inowrocławiu, podaje dane dobrowolnie i oświadczam, że są one prawdziwe oraz że zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.,
- 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,
- jestem na stałe zameldowany 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)**

	<b>Nazwa załącznika</b>	
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 zwężenia 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 wymaga<sup>1</sup>:

- 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)<sup>2</sup>  
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

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

.....  
Pieczątką i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

<sup>1</sup> Właściwe zaznaczyć

<sup>2</sup> Właściwe wypełnić

**Kalkulacja kosztów związanych z realizacją zadania likwidacja barier architektonicznych**

<b>L.p.</b>	<b>Opis wykonywanych robót</b>	<b>Szacunkowa wartość</b>	
		<b>materiał</b>	<b>robocizna</b>
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			