*Powiatowe Centrum*

*Pomocy Rodzinie*

*Ul. Sienkiewicza 17*

*27-500 Opatów*

*Tel.15-8684 409*

 *…………………………………………………………………………………*

*Data wpływu kompletnego wniosku (dzień ,miesiąc, rok)*

*W N I O S E K*

*O dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych w komunikowaniu się i technicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej*

***A . Dane dotyczące Wnioskodawcy (proszę wpisać drukowanymi literami)***

*…………………………………………...................syn/córka……………………………*

*Imie(imiona) i nazwisko imię ojca*

*Seria……….nr…………………wydany w dniu……….przez…………………….…..…….*

*Dowód osobisty*

*Nr PESEL……………………………….nr NIP……………………………..……….……..*

*Miejscowość………………………………ulica…………………………..nr.domu……lokalu….…*

*Kodpocztowy…………………..poczta………………………powiat …………………….……….……*

*Województwo……………………………… nr Tel/fax (z kier.) ……………………….……………*

*Nr fax……………………………………….. adres e-mail ………………………………………….…..*

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

*…………………………………………...................syn/córka…………………….………*

*Imie(imiona) i nazwisko imię ojca*

*Seria……….nr……………… wydany w dniu……….przez………………….……..…….*

*Dowód osobisty*

*Nr PESEL……………………………….nr NIP……………………………..………….…..*

*Miejscowość………………………………ulica…………………………..nr.domu……lokalu..…..*

*Kod pocztowy…………………..poczta………………………powiat ……………………………….…*

*Województwo …………………………………… nr Tel/fax (z kier.) ………………………….……*

*Ustawowy opiekun/pełnomocnik…………………………………………………………………….…..*

*(Postanowieniem Sądu Rejonowego z dn.………… syg.akt/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza ………………..z dnia …………….. repet. nr. ………………..*

|  |  |
| --- | --- |
| *NAZWA BANKU* | *NR RACHUNKU BANKOWEGO* |
|  |  |

1. ***A. Stopień niepełnosprawności.***

|  |
| --- |
| *Całkowita niezdolność do pracy znaczny stopień / I grupa inwalidzka**i do samodzielnej egzystencji zasiłek pielęgnacyjny* *umiarkowany stopień II grupa inwalidzka**całkowita niezdolność do pracy*cz*ęściowa niezdolność do pracy lekki stopień III grupa inwalidzka****Ww. dokument ważny jest:*** *Bezterminowo okresowo do ........... ……..…… ………………..**Niepełnosprawność istnieje: od urodzenia od roku ………………….*  |
| ***Rodzaj niepełnosprawności ……………….. ………………………………………******Przyczyny niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol)o ile dotyczy*** |

***II Dane informacyjne o Wnioskodawcy***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *WYKSZTAŁCENIE* | *Zaznacz**właściwe* | *RODZAJ ŹRÓDŁA UTRZYMANIA* | *Zaznacz**właściwe* |
| *1.Niepełne podstawowe* |  | *1.Wynagrodzenie za pracę* |  |
| *2.Podstawowe* |  | *2.Przychody z działalności gospodarczej* |  |
| *3.Zawodowe* |  | *3.Renta stała/ emerytura* |  |
| *4.Średnie ogólnokształcące* |  | *4.Renta okresowa*  |  |
| *5.Średnie zawodowe* |  | *5.Renta szkoleniowa*  |  |
| *6.Policealne* |  | *6. Zasiłek dla bezrobotnych* |  |
| *7.Wyższe* |  | *7.Zasiłek Socjalny* |  |
| *8.Wyższe ze stopniem naukowym* |  | *8.Stypendium* |  |
| *9.Obecnie wnioskodawca pobiera* *Naukę w ……………………………* |  | *9.Alimenty/inne* |  |

***III.A. Sytuacja mieszkaniowa-warunki mieszkaniowe*** *(Wypełnia pracownik Centrum)*

|  |  |
| --- | --- |
| *1.Źle* |  |
| *2.Przecietnie* |  |
| *3.Dobrze* |  |
| *4.Bardzo dobrze* |  |

***III.B. Sytuacja mieszkaniowa –opis budynku mieszkania***

*1.dom jednorodzinny, wielorodzinny prywatny, komunalny, spółdzielczy*

*2. inne …………………………………………………………………………………………*

*3.Budynek parterowy, piętrowy, mieszkania na ………………(proszę podać kondygnację)*

*4.Przybliżony wiek budynku lub rok budowy …………………………………………..*

*5.Opis mieszkania: pokoje…..(podać liczbę), z kuchnią, bez kuchni, z łazienką ,bez łazienki, z wc bez wc.*

*6. Łazienka wyposażona w : wannę, brodzik, kabinę prysznicową: umywalkę.*

*7.W mieszkaniu jest instalacja wody zimnej, ciepłej, kanalizacja, centralne ogrzewanie, prąd, gaz.*

*8.Inne informacje o warunkach mieszkaniowych………………………………………*

*..................................................................................................................................................................................................................................................................*

***III. C. Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje***

|  |  |
| --- | --- |
| *1.Samotnie* |  |
| *2.Z rodziną*  |  |
| *3.Z osobami nie spokrewnionymi* |  |

***IV. A. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą ( w tym osoby niepełnosprawne )***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Imię Nazwisko - pokrewieństwo***  | ***Niepełnosprawność*** | ***Dochód miesięczny brutto( zł)*** |
| ***Stopień***  | ***Rodzaj***  |
| ***1.*** | ***WNIOSKODAWCA*** |  |
| ***2.*** |  |  |  |
| ***3.*** |  |  |  |
| ***4.*** |  |  |  |
| ***5.*** |  |  |  |
| ***6.*** |  |  |  |
| ***7.*** |  |  |  |
| ***8.*** |  |  |  |
|  |  |
| 1. ***B. Średni dochód miesięczny (brutto) na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy.***

***(*** *Ogółem dochód rodziny podzielony przez osoby wspólnie zamieszkujące tj.)* |  |

 ***V.A. Informacje o korzystaniu ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.***

|  |
| --- |
| ***Czy wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał w ciągu ostatnich 3 lat ( licząc od dnia złożenia wniosku) ze środków PFRON. NIE TAK*** |
| Cel(nazwa programu i/lub zadania ustawowego, w ramach którego przyznana została pomoc) | Numer i data zawarcia umowy | Terminrozliczenia | Kwota przyznana (w zł) | Kwota rozliczonaprzez organ udzielający pomocy ( w zł) |
|  | ***…………………******…………………*** |  |  |  |
|  | ***…………………******…………………*** |  |  |  |
|  | ***…………………******…………………*** |  |  |  |
| ***Razem uzyskane dofinansowanie*** *:* |  |

***V.B. Czy wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego posiada zaległości wobec PFRON. NIE TAK***

 ***V.C. Czy wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku był stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po swojej stronie. NIE TAK***

***VI .A. Deklarowany udział własny Wnioskodawcy:***

1. *Deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania- obowiązkowe(30%-znaczny stopień;40%-umiarkowany stopień;50%-lekki stopień niepełnosprawności)- …………..…………………………………………………………......*
2. *Deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania- …………………*

***VI. B. Informacja o innych źródłach finansowania zadania : …………………………………………………………………………………………………..*** *Deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania- …………………..……….*

***VII. Cel likwidacji barier i miejsce realizacji zadania*** *…………………………………………………………………………………………..…………………………….*

*………………………………………………………………………………………..……………………………..*

*……………………………………………………………………………………………………………………..…*

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

 ***Od dnia ………………………………………………………………………………………….…………………………………………***

***IX. Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów)w celu likwidacji barier :***  ……………………………………………………………………………………

*………………………………………………………………………………………………*

 ***IX. Wartość nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania :***

 …………………………………………………………………..………………

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….*

 ***Łączna kwota przedsięwzięcia (kwota dofinansowania plus udział własny)***

***Cyframi :…….…………..….……… słownie:…………………..….………………………. ……………………………………………………….……………………………………..……***

***Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON***

***Cyframi:……….………… słownie: …………….……………………………………..………***

***……………………………………………………..……………………………………………***

*Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym, oraz jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych danych.*

*………………………………….………………………….*

*(Podpis Wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego,*

 *opiekuna prawnego, pełnomocnika)*

***XI. OPINIA KOMISJI :***

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..*

*DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ :*

*1.Kopia orzeczenia o którym mowa w art.1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych /Dz.U. z 2008 r Nr 14, poz. 92 z późn. zm./.*

*2.Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności.( ważne 1 miesiąc od daty wydania)*

*3.Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu w którym ma nastąpić likwidacja barier (…)tj.*

*-ksero dowodu osobistego Wnioskodawcy oraz oświadczenie o otrzymywanych dochodach Wnioskodawcy,*

*-akt własności budynku/ lokalu w którym ma nastąpić likwidacja barier,*

*4.Zaświadczenie o posiadaniu gospodarstwa rolnego i osiąganych z tego tytułu dochodach*

*5.Zaświadczenie Kierownika Powiatowego Urzędu Pracy o statusie zawodowym w przypadku osoby bezrobotnej lub poszukującej pracy.*

*6.Kosztorys –plan przedsięwzięć przewidzianych do wykonania.*

Pieczęć Ośrodka

 Zdrowia

***Zaświadczenie Lekarskie***

*Imię i nazwisko ………………………………………………………………………….*

*Pesel ………………………… Adres …………………………………………………..*

*Rozpoznanie choroby zasadniczej (NAZWA PO POLSKU)*

*……………………………………………………………………………………………….*

*Choroby współistniejące, przebyte operacje*

*………………………………………………………………………………………………*

*……………………………………………………………………………………………….*

*Uczulenia :*

*………………………………………………………………………………………………*

*Uzasadnienie potrzeb likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych wynikających z niepełnosprawności:*

*………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*………………………… …………………………………*

*(Data) (podpis i pieczęć lekarza )*

*……………………………*

*……………………………*

*……………………………*

*Imię, nazwisko, adres, telefon*

*Oświadczenie*

***Stan rodzinny*** *( należy wpisać dane osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym z wnioskodawcą: małżonka lub osoby pozostającej we wspólnym pożyciu z wnioskodawcą, wstępnych, zstępnych i osób pozostających w stosunku przysposobienia lub pod opieką wnioskodawcy, powinowatych).*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Imię i Nazwisko* | *Data urodzenia* | *Rodzaj stosunku łączącego wskazaną osobę z wnioskodawcą* | *Dochód członka rodziny* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*Art.233 ust.1 z dn. 6 czerwca 1997 r. Kodeksu Karnego – kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postepowaniu na podstawie ustawy zeznaję nieprawdę lub zatają prawdę – podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.*

*Oświadczam, że zapoznałem się z treścią wymienionego wyżej artykułu i rozumiem związane z konsekwencjami z oświadczeniem nieprawdy.*

*Własnoręczność podpisu stwierdzam:*

*……………………………………………. ……….. ..………………*

*Data i podpis pracownika Podpis Wnioskodawcy*