Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowej Soli, ul. Staszica 1A, tel. (68) 457-43-34

Data wpływu wniosku

Nr sprawy:

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych

.....

.....

(przedmiot wniosku)

1. Dane personalne Wnioskodawcy (osoby niepełnosprawnej, której dotyczy wniosek)
(proszę wypełnić drukowanymi literami)

DANE PERSONALNE	ADRES ZAMIESZKANIA
Imię.....	Kod pocztowy ☐☐ - ☐☐☐ .
Nazwisko.....	Poczta.....
Data urodzenia.....	Miejscowość.....
PESEL.....	Ulica.....
e-mail ……..	Nr domu..... nr m.....
	Telefon.....

2. <u>Dane personalne osoby składającej wniosek w imieniu osoby niepełnosprawnej:</u>

(we właściwym polu należy wstawić znak x)

☐ **przedstawiciel ustawowy** (dla małoletniego Wnioskodawcy),
☐ **opiekun prawny** (dla osoby ubezwłasnowolnionej)
☐ **pełnomocnik Wnioskodawcy** (na podstawie pełnomocnictwa notarialnego)

Imię i nazwisko ……..

Nr PESEL.....

Miejscowość..... ulica .....

nr domu ..... nr lokalu ..... nr kodu .....-..... poczta .....

powiat ..... województwo .....

nr telefonu ....., e-mail ……

3. **Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.**

Oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód,** w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, **podzielony przez liczbę osób** we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił ..... **zł.**

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi (łącznie): …….

4. Miejsce realizacji zadania (dokładny adres):

.....

5. Cel likwidacji barier architektonicznych:

.....

.....

6. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:

- termin rozpoczęcia.....

- przewidywany czas realizacji zadania.....

7. Przedmiot wniosku - wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier

Lp.	Wykaz przedsięwzięć
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
16.	

8. Sytuacja mieszkaniowa - opis barier występujących w budynku i/lub w mieszkaniu i uzasadnienie planowanych do realizacji przedsięwzięć dot. likwidacji barier architektonicznych.

(należy opisać bariery architektoniczne występujące w mieszkaniu i/lub budynku których likwidacja stanowi przedmiot niniejszego wniosku i opisać, w jaki sposób planowane do realizacji przedsięwzięcie zlikwiduje ww. bariery architektoniczne np. umożliwi lub ułatwi dostęp do mieszkania, poruszanie się po mieszkaniu, korzystanie z urządzeń sanitarno-higienicznych, samodzielne funkcjonowanie w mieszkaniu itp.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

9. Przewidywany koszt ogólny realizacji zadania oraz źródła finansowania zadania:

1. Przewidywany całkowity koszt realizacji zadania	**..... zł**
2. Deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania	**..... %**
3. Inne źródła finansowania zadania (wymienić): **a) .....** **b) .....**	**..... %**
4. Procent kosztów zadania do pokrycia ze środków PFRON	**..... %**

Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania: …… zł

(słownie złotych: .....)

10. Informacja o nakładach dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek.
(Uwaga. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem dofinansowania i zawarciem stosownej umowy o dofinansowanie).

Czy Wnioskodawca poniósł dotychczas nakłady finansowe na realizację wnioskowanego zadania ? (1)	☐ TAK	☐ NIE
Jeżeli tak - prosimy wymienić wykonane prace i podać wartość poniesionych nakładów	Ogólna wartość dotychczas poniesionych nakładów w złotych	Źródła finansowania
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

11. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON (1)

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON na likwidację barier architektonicznych, technicznych, w komunikowaniu się, zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny, pożyczki, programy celowe: PEGAZ, Komputer dla Homera, Aktywny Samorząd, itp.	**Tak**	☐
	Nie	☐

Nr i data zawarcia umowy	**Przyznana kwota**	**Cel (nazwa programu lub nazwa zadania)**	**Termin rozliczenia**	**Stan rozliczenia**

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON (1)	☐ TAK	☐ NIE
Kwota zaległości	.....	
Czy Wnioskodawca był stroną umowy zawartej z PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy (1)	☐ TAK	☐ NIE
Nr i data rozwiązanej umowy, przedmiot umowy, przyczyna rozwiązania	....	

12. Forma przekazania dofinansowania :

☐ Dofinansowanie należy przekazać na konto sprzedawcy/wykonawcy, zgodnie z nazwą banku i numerem rachunku bankowego wskazanego na dowodzie zakupu przedmiotu dofinansowania.

☐ Konto osobiste Wnioskodawcy

Nazwa banku: ……..

Numer rachunku bakowego :

☐☐	☐☐☐☐	☐☐☐☐	☐☐☐☐	☐☐☐☐	☐☐☐☐	☐☐☐☐

1. Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (j.t. Dz. U. z 2019 r., poz. 1950 ze późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

2. Zobowiązuję się bezzwłocznie zgłosić do PCPR informacje o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku.

3. Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku nie gwarantuje uzyskania dofinansowania.

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

Uwaga.

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki wniosku. W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ...” czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryki formularza, którego dotyczą.
Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

(1) proszę wstawić X we właściwej rubryce
*** niepotrzebne skreślić**

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. 119.1 z 04.05.2016) informuję, iż:
Administratorem danych osobowych jest Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Nowej Soli (67-100) przy ulicy Staszica 1A. Z administratorem można skontaktować się mailowo: pcpr@powiat-nowosolski.pl lub pisemnie na adres siedziby administratora. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować poprzez e-mail: inspektor@4consult.com.pl . *Dane przetwarzane są dla celów związanych z rozpatrzeniem wniosku o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.* *Dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych, którymi mogą być podmioty upoważnione na podstawie odpowiednich przepisów prawa. Szczegółowe informacje związane z przetwarzaniem danych osobowych zamieszczone zostały w klauzuli informacyjnej wywieszonej na tablicy ogłoszeń lub na stronie internetowej: www.pcprnowasol.pl w zakładce „Informacja RODO”.*

Załączniki do wniosku

1. Oświadczenie o posiadaniu środków na wkład własny – załącznik nr 1 do wniosku.
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, wypełnione czytelnie i w języku polskim – załącznik nr 2 do wniosku.
3. Kopia ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego, (w przypadku dzieci do lat 16 kopia orzeczenia o niepełnosprawności).
4. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób.
5. Aktualne zaświadczenie potwierdzające zameldowanie w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych, zawierające informację o terminie zameldowania (od kiedy).
6. Kopia dokumentu potwierdzający podstawę prawną do lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych – np.: akt własności, użytkowania wieczystego, umowę najmu, itp.
7. Zgoda właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego.
8. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania, w przypadku częściowego finansowania zadania z innych źródeł.
9. Dokumenty potwierdzające wysokość poniesionych nakładów na realizację zadania, jeżeli takie wystąpiły.
10. Postanowienie/ zaświadczenie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego – o ile dotyczy
11. Pełnomocnictwo notarialne – o ile dotyczy

W przypadku zakwalifikowania wniosku do realizacji dokumentami uzupełniającymi będą:

1. Kosztorys inwestorski (szczegółowy) na zakres prac zakwalifikowanych do realizacji wraz z zestawieniem i wyceną potrzebnych materiałów.
2. Projekt, pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach).
3. .....

Załącznik nr 1 do wniosku

O Ś W I A D C Z E N I E W N I O S K O D A W C Y

o posiadaniu środków na wkład własny

(dotyczy wnioskodawców ubiegających się o dofinansowanie ze środków PFRON)

dla: **Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nowej Soli** w celu dofinansowania likwidacji barier architektonicznych

Niniejszym oświadczam, że Ja .....
(imię i nazwisko)

zamieszkały(a) w**:** ☐☐ ☐☐☐ .....
(kod pocztowy) (miejscowość)

ul. ..... nr domu ....., nr mieszkania .....

posiadam środki finansowe na wkład własny w wysokości wymaganej zasadami realizacji zadania.

....., data .....
(miejscowość**)**

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

Załącznik nr 2 do wniosku

..... Dnia .....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

(Załącznik do wniosku osoby ubiegającej się o dofinansowanie **likwidacji barier architektonicznych**)

(prosimy wypełnić czytelnie i w języku polskim)

1. Imię i nazwisko …….....

2. PESEL …….....

3. Rodzaj niepełnosprawności (schorzenie) .....……...……

…….....……..……..……

…….……

I. Czy niepełnosprawność pacjenta powoduje trudności w poruszaniu się

- TAK ☐ - NIE ☐ (właściwym polu należy wstawić X)

Jeżeli tak, prosimy opisać, na czym polegają ograniczenia w poruszaniu się pacjenta

……...……..…....

..……..……....……...……...

……...……

..……...……...

II. Stopień samodzielności pacjenta - NALEŻY WSKAZAĆ JEDNĄ ODPOWIEDŹ W KAŻDEJ TABELI.

Tabela 1

Zdolność zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych (spożywanie posiłków, toaleta, ubiór):

*Należy wskazać **wyłącznie** jedną odpowiedź*	**Pieczątka i podpis lekarza**
1. Wymaga stałej całkowitej obsługi i pielęgnacji przez opiekuna (osoba całkowicie niesamodzielna)	
2. Stale z pomocą osoby drugiej (osoba częściowo samodzielna)	
3. Okresowo z pomocą osoby drugiej	
4. Samodzielnie	

Tabela 2

Ocena sprawności ruchowej wnioskodawcy:

*Należy wskazać **wyłącznie** jedną odpowiedź*	**Pieczątka i podpis lekarza**
1. Leżąca lub poruszająca się na wózku inwalidzkim tylko przy pomocy opiekuna	
2. Porusza się na wózku inwalidzkim samodzielnie lub osoba niewidoma	
3. Osoba po amputacji lub z wrodzonym brakiem kończyn/y dolnych/ej	
4. Porusza się stale przy pomocy balkonika lub dwóch kul	
5. Porusza się stale o jednej kuli lub o lasce lub z asystentem albo osoba niedowidząca	
6. Osoba z wrodzonym brakiem lub po amputacji kończyn/y górnych/ej	
7. Porusza się okresowo przy pomocy kul lub laski lub z asystentem	
8. Porusza się samodzielnie	

.....

pieczątka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

Uwaga:

Wszelkie informacje w zaświadczeniu wypełnia lekarz.
Zaświadczenia z dopiskami innych osób niż lekarz wystawiający zaświadczenie nie będą honorowane.