Nr wniosku…….....

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**

☐ **llikwidacja barier technicznych**

☐ **likwidacja barier w komunikowaniu się**[1]

1.Wnioskodawca:

Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej……..
PESEL…….NIP…….....
Adres zamieszkania:
miejscowość…….ulica……nr domu……
kod pocztowy ……telefon……powiat…….
nazwa banku i numer rachunku bankowego…….
……...

2. Stopień niepełnosprawności:[2]

Znaczny (I grupa) **Umiarkowany (II grupa)** **Lekki (III grupa)**

3.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?):	

[1] Właściwe zakreślić
[2] Właściwe podkreślić
[3] Właściwe zaznaczyć

4. Oświadczenie o dochodach

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny z uwzględnieniem świadczeń rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych, a także wynagrodzenie, renta, emerytura, dochód z gospodarstwa rolnego oraz dochód nieopodatkowany wynosi ……...zł.

Rodzina składa się z ……osób.

Dochód na 1 osobę w rodzinie na miesiąc wynosi …….zł.

5. Przedmiot dofinansowania, krótki opis przedsięwzięcia, wykaz planowanych zakupów, cel dofinansowania – uzasadnienie:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. 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

   …….....

4. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania

   …….

   …….

7. Koszt zadania

1.Przewidywany koszt ogółem (100%)	……..zł
2. Deklarowane środki własne (min. 20%)	.....zł
3. Wnioskowana kwota ze środków PFRON (max. 80%)	…….zł

8. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON – m.in. likwidacja barier, sprzęt rehabilitacyjny, umowy z PFRON

Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia
Razem:			Kwota rozliczenia	

Dofinansowanie nie może obejmować kosztów likwidacji barier poniesionych przed zawarciem umowy.

…….
Podpis wnioskodawcy

Inowrocław, dnia……...

Opinia merytoryczna pracowników dokonujących wizji lokalnej dotycząca zasadności złożenia wniosku i zgodności danych zawartych we wniosku ze stanem faktycznym.

….....

.....

.....

.....

…..... .....

…..... .....

data……. podpisy

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

Imię, nazwisko……..

Imię ojca……nr PESEL……

numer i seria dowodu ……wydany przez ……..

……...

nr NIP…….miejscowość……..

ulica…….nr domu……nr lokalu……..

nr kodu…….poczta…….powiat……...

nr telefonu…….

ustanowiony Opiekun / Pełnomocnik……..

1. postanowieniem Sądu Rejonowego……z dnia……

sygn. akt ……..

2. na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza……

……z dnia……

repet. nr……..

……..
podpis Przedstawiciela ustawowego

OŚWIADCZENIA

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.

……
Podpis wnioskodawcy

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 § 1,2,3 ustawy z dn. 6 czerwca 1997r. 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

……
Podpis wnioskodawcy

Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik (oryginał do wglądu) **dot. LBA, LBT, LBK**,
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób (oryginał do wglądu) **dot. LBA, LBT, LBK**,
3. Aktualne czytelne, zaświadczenie lekarskie od lekarza specjalisty zawierające informację o występującej barierze (druk w załączeniu) **dot. LBA, LBT, LBK**,
4. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja. barier architektonicznych, tj.:
   - umowa najmu lub akt notarialny,
   - poświadczenie zameldowania **dot. LBA, LBT**,
5. Dokument potwierdzający inne niż PFRON źródła finansowania zadania w przypadku sponsora **dot. LBA, LBT, LBK**,
6. Zaświadczenie o pobieraniu nauki ze szkoły lub uczelni – dotyczy osób uczących się **dot. LBA, LBT, LBK**,
7. W przypadku choroby wzroku - dokument potwierdzający stopień obniżenia ostrości wzroku i zwężenia pola widzenia; w przypadku zaburzenia słuchu - audiogram **dot. LBK**,
8. Faktura pro-forma lub oferta cenowa zawierająca nazwę sprzętu i kwotę brutto **dot. LBT, LBK**,
9. Zaświadczenie z zakładu pracy potwierdzające zatrudnienie - dotyczy osób pracujących, **LBK.**

……..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[1]:

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)[2]

   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

……..

……..

……..

……..

……....

Pieczątka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

[1] Właściwe zaznaczyć
[2] Właściwe wypełnić