

Nr sprawy:

wypełnia PCPR

**WNIOSK**  
o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych,  
w komunikowaniu się i technicznych dla osoby  
niepełnosprawnej ze środków PFRON

pieczęć wpływu wniosku

**CZĘŚĆ A: DANE I INFORMACJE O WNIOSKODAWCY**

**DANE OSOBOWE WNIOSKODAWCY**

1. Nazwisko	2. Imię	3. Numer PESEL
4. Seria i numer dowodu osobistego	5. Organ wydający dowód osobisty	
6. Data wydania dowodu osobistego	7. Data urodzenia	8. Nr telefonu
9. Adres zamieszkania		
10. Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)		

**DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA (dotyczy osób do 18 roku życia, sądownie ubezwłasnowolnionych lub posiadających pełnomocnictwo potwierdzone przez notariusza)**

11. Osoba reprezentująca wnioskodawcę* Rodzic <input type="checkbox"/> Opiekun prawny <input type="checkbox"/> Pełnomocnik <input type="checkbox"/> Inna <input type="checkbox"/>		
12. Nazwisko	13. Imię	14. Numer PESEL
15. Seria i numer dowodu osobistego	16. Organ wydający dowód osobisty	17. Data wydania dowodu osobistego
18. Adres zamieszkania		
Nr telefonu:		
19. Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)		
20. Ustanowiona/y opiekunem / pełnomocnikiem* <input type="checkbox"/> Postanowieniem Sądu w ..... z dnia ..... sygn. akt ..... <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa z dnia ..... potwierdzonego przez ..... repert. NR .....		

**I. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB JEGO ODPOWIEDNIK (wstawić X w odpowiednim miejscu)**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
znaczny	umiarkowany	lekki	osoby niepełnosprawne do lat 16

II. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (wstawić X w odpowiednim miejscu)

dysfunkcja narządów ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	<input type="checkbox"/>
inna dysfunkcja narządów ruchu	<input type="checkbox"/>
dysfunkcja narządów wzroku	<input type="checkbox"/>
dysfunkcja narządów słuchu i mowy	<input type="checkbox"/>
deficyt rozwojowy	<input type="checkbox"/>
niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	<input type="checkbox"/>

III. SYTUACJA ZAWODOWA (wstawić X w odpowiednim miejscu)

<input type="checkbox"/> zatrudniony / <input type="checkbox"/> prowadzący działalność gospodarczą*	<input type="checkbox"/>
młodzież od lat 16 do 24, ucząca się i nie pracująca	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> bezrobotny poszukujący pracy / <input type="checkbox"/> rencista poszukujący pracy*	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> rencista / <input type="checkbox"/> emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy	<input type="checkbox"/>
dzieci i młodzież do lat 16	<input type="checkbox"/>

IV. SYTUACJA MIESZKANIOWA\*

- dom jednorodzinny /  wielorodzinny prywatny /  wielorodzinny komunalny /  wielorodzinny spółdzielczy /  inne .....
- budynek parterowy /  piętrowy / mieszkanie na ..... (podać kondygnację)
- przybliżony wiek budynku lub rok budowy .....
- opis mieszkania: pokoje ..... (podaj liczbę)  z kuchnią /  bez kuchni /  z łazienką /  bez łazienki /  z wc /  bez wc
- łazienka jest wyposażona w:  wannę /  brodzik /  kabinę prysznicową /  umywalkę
- w mieszkaniu jest:  instalacja wody zimnej /  ciepłej /  kanalizacja /  centralne ogrzewanie /  prąd /  gaz
- inne informacje o warunkach mieszkaniowych .....

V. OSOBY POZOSTAJĄCE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z WNIOSKODAWCĄ

lp	nazwisko i imię	dochód netto	źródło dochodu
1			
2			
3			
4			
5			
6			
Razem			xxx

Niniejszym oświadczam, że miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku

wynosi .....złotych.

## CZĘŚĆ B: DANE I INFORMACJE O PRZEDMIOCIE WNIOSKU

### I. CEL DOFINANSOWANIA

--

### II. INFORMACJA O PRZEDMIOCIE WNIOSKU

1. Rodzaj wnioskowanego zadania*
<input type="checkbox"/> likwidacja barier architektonicznych <input type="checkbox"/> w komunikowaniu się <input type="checkbox"/> technicznych
2. Zakres rzeczowy zadania, wykaz planowanych inwestycji, zakupów
3. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania <i>(należy określić w miesiącach)</i>
4. Miejsce realizacji zadania <i>(należy podać adres)</i>
5. Koszt realizacji dofinansowania
.....zł; słownie .....
6. Wnioskowana kwota dofinansowania z środków PFRON –maksymalnie (95%)
.....zł; słownie .....
7. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek
..... zł; słownie.....
8. Dotychczasowe źródła finansowania

### III. SPOSÓB PRZEKAZANIA PRZYZNANEGO DOFINANSOWANIA

Na rachunek bankowy:  sprzedawcy /  wnioskodawcy\*

posiadacz rachunku	
nazwa banku	
numer rachunku	

IV. UZASADNIENIE WNIOSKU - INFORMACJA WNIOSKODAWCY O TRUDNOŚCIACH ZWIĄZANYCH Z CODZIENNYM FUNKCJONOWANIEM WYNIKAJĄCYM Z OGRANICZONEJ SPRAWNOŚCI RUCHOWEJ LUB INNYCH DEFICYTÓW

**CZĘŚĆ C: INFORMACJE KOŃCOWE**

1. Oświadczam, że  **korzystałem(am)** /  **nie korzystałem(am)\*** ze środków PFRON.

*Jeżeli TAK proszę o wypełnienie poniższej tabeli*

nr i data zawarcia umowy	kwota przyznana	cel przyznania	stan rozliczenia

2. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Funduszu PFRON i w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy zawartej z Funduszem PFRON i rozwiązanej z przyczyny leżącej po mojej stronie.

3. Oświadczam, że **posiadam środki własne** w wysokości **5%** kosztów zakupu związanego z wnioskowaną likwidacją barier.

4. Oświadczam, że  **posiadam** /  **nie posiadam\*** **środki finansowe z innych źródeł** na dofinansowanie wnioskowanej likwidacji barier w wysokości ..... zł.

5. Oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a, że dofinansowanie ze środków Funduszu **nie obejmuje** kosztów prac związanych z realizacją zadania **poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.**

Pouczony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego **oświadczam, że podane we wniosku informacje są prawdziwe**, o zmianach zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni od ich zaistnienia.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie moich danych osobowych znajdujących się w bazie PCPR w Siemiatyczach, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku O ochronie danych osobowych.

#### **ZAŁĄCZNIKI (DOKUMENTY) WYMAGANE DO WNIOSKU**

nazwa załącznika	załączono do wniosku (podać liczbę załączników)
kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednika wnioskodawcy	
kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z wnioskodawcą – o ile dotyczy	
aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności,	
udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier	
dokument potwierdzający własność nieruchomości lub użytkowanie wieczyste nieruchomości albo zgodę właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego – dotyczy wniosku o dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych	
kosztorys opracowany zgodnie z obowiązującymi przepisami – dotyczy wniosku o dofinansowanie do likwidacji barier związanych z pracami remontowo – budowlanymi	
oferta zakupu / montażu urządzeń - o ile dotyczy	
udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania – o ile dotyczy	

\* właściwe zaznaczyć

.....  
**czytelny podpis** wnioskodawcy,  
przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika

- Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych we wniosku.  
 Poinformowałem o niekompletności dokumentów we wniosku.

pieczętka imienna, podpis pracownika PCPR, data

.....  
miejsowość i data

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb PCPR  
w celu likwidacji barier: architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się ze środków  
PFRON

Imię nazwisko .....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

1. Rozpoznanie i opis choroby zasadniczej.

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

2. Rodzaj schorzenia:\*

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> choroby psychiczne    | <input type="checkbox"/> narząd wzroku | <input type="checkbox"/> układ krążenia  |
| <input type="checkbox"/> choroby neurologiczne | <input type="checkbox"/> narząd słuchu | <input type="checkbox"/> układ oddechowy |
| <input type="checkbox"/> upośledzenia umysłowe | <input type="checkbox"/> układ ruchu   | <input type="checkbox"/> inne            |

3. Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne:\*

- oprotezowanie / zaopatrzenie kończyn górnych (jednostronne, obustronne)  
 oprotezowanie / zaopatrzenie kończyn dolnych (jednostronne, obustronne)  
 wózek inwalidzki     kule łokciowe     inne .....

4. Jakich przedmiotów ortopedycznych osoba niepełnosprawna używa do poruszania się w domu?

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

Zgodnie z definicją słownikową :

- **Bariery architektoniczne** – oznacza to wszelkie utrudnienia występujące w budynku i w jego najbliższej okolicy, które ze względu na rozwiązania techniczne, konstrukcyjne lub warunki użytkowania uniemożliwiają lub utrudniają swobodę ruchu osobom niepełnosprawnym;
- **Bariery w komunikowaniu się** – oznacza to ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i / lub przekazywanie informacji;
- **Bariery techniczne** – oznacza to bariery utrudniające lub uniemożliwiające osobie niepełnosprawnej usprawnianie. Likwidacja tej bariery powinna powodować sprawniejsze działanie tej osoby w społeczeństwie i umożliwić wydajniejsze jej funkcjonowanie.

5. Zalecany zakres likwidacji barier stosowny do potrzeb wynikających z niepełnosprawności, zgodnie z powyższą definicją.

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

.....  
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

.....  
pieczęć i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie

\* - właściwe zaznaczyć