

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
likwidacji barier architektonicznych i urbanistycznych w miejscu zamieszkania osoby
niepełnosprawnej

Nr sprawy.....

Data przyjęcia.....

A. Dane dotyczące Wnioskodawcy

..... syn/córka
imię (imiona) i nazwisko imię ojca

seria ... nr wydany w dniu przez

nr PESEL nr NIP

miejscowość ulica nr domu nr lokalu
dokładny adres

nr kodu- poczta powiat

województwo nr tel./faxu(z nr kier.)

Miejsce realizacji zadania

Nazwa banku nr r-ku bankowego

I. Stopień niepełnosprawności¹

1. znaczny,	
• inwalidzi I grupy	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
▪ osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
▪ osoby w wieku do 16 (w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat), którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
2. umiarkowany	
• inwalidzi II grupy	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy	
• inwalidzi III grupy ze względu na głuchotę lub głuchoniemotę	
3. lekki	
• pozostali inwalidzi III grupy	
• osoby częściowo niezdolne do pracy	
• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

II. Rodzaj niepełnosprawności¹

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
7. inne jakie?	

III. Sytuacja zawodowa¹

1. zatrudniony	
2. prowadzący działalność gospodarczą	
3. osoba w wieku od 18 do 26 ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca	
4. bezrobotny poszukujący pracy	
5. rencista poszukujący pracy	
6. rencista	
7. emeryt	
8. dzieci i młodzież do lat 18	

IV. Sytuacja mieszkaniowa – warunki mieszkaniowe¹

1. złe	
2. przeciętne	
3. dobre	
4. bardzo dobre	

V. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i mieszkania

- dom jednorodzinny•, wielorodzinny prywatny•, wielorodzinny komunalny• wielorodzinny spółdzielczy•
 - inne•
 - budynek parterowy•, piętrowy•, mieszkanie na(proszę podać kondygnację)
 - przybliżony wiek budynku lub rok budowy
 - opis mieszkania: pokoje (podać liczbę), z kuchnią•, bez kuchni•, z łazienką•, 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
-
-
-
-

VI. Sytuacja mieszkaniowa-zamieszkuje¹

1. samotnie	
2. z rodziną	
3. z osobami spokrewnionymi	

VII. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą (w tym osoby niepełnosprawne)

Imię i nazwisko - pokrewieństwo	niepełnosprawność		dochód miesięczny brutto
	stopień ²	stopień ³	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

VIII. Średni dochód miesięczny na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy¹

1. 0 – 461 zł/osoba samotna lub 0-316 zł/na osobę w rodzinie	
2. 462zł/os. samotna - 800 zł lub 317 zł/na os. w rodzinie - 800 zł	
3. 800 - 1200 zł	
4. 1200 - 1600 zł	
5. 1600 – 2000 zł	
6. 2000 zł – powyżej	

IX. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych*

	rok	Kwota dofinansowania
1. na likwidację barier urbanistycznych i architektonicznych		
a) nie korzystałem		
b) korzystałem		
2. korzystałem i rozliczyłem się		
3. korzystałem i jestem w trakcie rozliczenia		
4. korzystałem i nie rozliczyłem się		

X. Deklarowany udział własny Wnioskodawcy i/lub sponsora

1. deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania – ponad obowiązkowe 20%	
2. deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania	

XI. Dane informacyjne o Wnioskodawcy¹

a) wykształcenie	Zaznacz właściwe	b) 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. alimenty• /inne•	

XII. Cel likwidacji barier architektonicznych (urbanistycznych)

.....

.....

.....

.....

.....

XIII. Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier i orientacyjny koszt (w kolejności od najważniejszego dla Wnioskodawcy)

.....

.....

.....

.....

.....

Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania zł:

cyframi :

(słownie : zł)

XIV. Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł:

.....

.....

¹ proszę wstawić X we właściwej rubryce

* niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych nie posiadam zaległości oraz że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie. Oświadczam, że zostałem/am poinformowana przez pracownika Samodzielnej Sekcji ds. Niepełnosprawności w Świętochłowicach o zasadach, warunkach i możliwościach przyznawania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do likwidacji barier architektonicznych.

Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, § 2 i § 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Ponadto wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych oraz w kartotekach, skorowidzach, księgach, wykazach i innych zbiorach ewidencyjnych prowadzonych przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Świętochłowicach zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2002 nr 101 poz. 926 z późn. zm.).

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

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

.....syn/córka/.....
imię (imiona) i nazwisko *imię ojca*

seria nr wydany w dniuprzez

nr PESEL nr NIP

miejsowość ulica nr domu nr lokalu
dokładny adres

nr kodu - poczta powiat

województwo nr tel./fax (z nr kier.)

ustanowiony opiekunem* /pełnomocnikiem*

(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. sygn. akt* / na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego
przez Notariusza z dn. repet. nr

Załączniki do wniosku:

Do I etapu

1. Kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity: Dz. U. z 2008r. Nr 123. poz 776 z późn. zm.)
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie dotyczące **konieczności** likwidacji barier architektonicznych.
4. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (własność, umowa najmu, itp.).
5. Zaświadczenie o dochodach (wg oświadczenia) i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.
6. Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.