**Nr wniosku: [CPR.VII.4023]-2024/…/…/RSLBA/WNIOSEK/…..**

**WNIOSEK**

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych**

**Część A – DANE WNIOSKODAWCY**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY** | | | | | |
| **Nazwa pola** | | **Do uzupełnienia** | | | |
| Imię: | |  | | | |
| Drugie imię: | |  | | | |
| Nazwisko: | |  | | | |
| PESEL: | |  | | | |
| Data urodzenia: | |  | | | |
| Płeć: | |  kobieta  mężczyzna | | | |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** | | | | | |
| Województwo: | |  | | | |
| Powiat: | |  | | | |
| Gmina: | |  | | | |
| Miejscowość: | |  | | | |
| Ulica, nr domu, nr lokalu: | |  | | | |
| Kod pocztowy: | |  | | | |
| Poczta: | |  | | | |
| Rodzaj miejscowości: | |  miasto  wieś | | | |
| Nr telefonu: | |  | | | |
| Adres e-mail: | |  | | | |
| **ADRES KORESPONDENCYJNY** | | | | | |
|  Taki sam jak adres zamieszkania | | | | | |
| Województwo: | |  | | | |
| Powiat: | |  | | | |
| Gmina: | |  | | | |
| Miejscowość: | |  | | | |
| Ulica, nr domu, nr lokalu: | |  | | | |
| Kod pocztowy: | |  | | | |
| Poczta: | |  | | | |
|  | | | | | |
| **DANE PODOPIECZNEGO/ MOCODAWCY** | | | | | |
| **Nazwa pola** | | **Do uzupełnienia** | | | |
| Imię: | |  | | | |
| Drugie imię: | |  | | | |
| Nazwisko: | |  | | | |
| PESEL: | |  | | | |
| Data urodzenia: | |  | | | |
| Płeć: | |  kobieta  mężczyzna | | | |
| **ADRES ZAMIESZKANIA i DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO** | | | | | |
| **Nazwa pola** | | **Do uzupełnienia** | | | |
| Województwo: | |  | | | |
| Powiat: | |  | | | |
| Gmina: | |  | | | |
| Miejscowość: | |  | | | |
| Ulica, nr domu, nr lokalu: | |  | | | |
| Kod pocztowy: | |  | | | |
| Poczta: | |  | | | |
| Rodzaj miejscowości: | |  miasto  wieś | | | |
| Nr telefonu: | |  | | | |
| Adres e-mail: | |  | | | |
| **STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** | | | | | |
| **Nazwa pola** | | **Do uzupełnienia** | | | |
| Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie  o niepełnosprawności: | |  tak  nie | | | |
| Stopień niepełnosprawności: | |  Znaczny   Umiarkowany   Lekki  nie dotyczy | | | |
| Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest do: | |  bezterminowo  okresowo do dnia ……………………………….. | | | |
| Grupa inwalidzka: | |  I grupa   II grupa   III grupa  nie dotyczy | | | |
| Niezdolność: | | Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do  samodzielnej egzystencji   Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie  rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny   Osoby całkowicie niezdolne do pracy   Osoby częściowo niezdolne do pracy   Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy   w gospodarstwie rolnym Nie dotyczy | | | |
| Rodzaj niepełnosprawności: | | 01- U – upośledzenie umysłowe  02-P – choroby psychiczne  03 -L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu   osoba głucha  osoba głuchoniema   04-O – narząd wzroku   osoba niewidoma  osoba głuchoniewidoma  05-R – narząd ruchu  wnioskodawca lub dziecko/ podopieczny porusza się przy  pomocy wózka inwalidzkiego   dysfunkcja obu kończyn górnych  06-E – epilepsja   07-S – choroby układu oddechowego i krążenia  08-T – choroby układu pokarmowego   09-M – choroby układu moczowo – płciowego  10-N – choroby neurologiczne  11-I – inne  12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe | | | |
| Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności).  Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności: | | tak  nie | | | |
| Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy): | | 2 przyczyny  3 przyczyny | | | |
|  | | | | | |
| **ŚREDNI DOCHÓD** | | | | | |
| Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:  indywidualnie  wspólnie  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: ……………  w tym liczba osób niepełnosprawnych:………………. | | | | | |
| **KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON** | | | | | |
| Na likwidację barier architektonicznych/w komunikowaniu się/ technicznych ze środków finansowych PFRON:  nie korzystałam/ em  korzystałam/em | | | | | |
| **CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON** | | | | | |
| Cel dofinansowania | Nr umowy | | Data zawarcia umowy | Kwota dofinansowania | Stan rozliczenia |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |

**Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU**

|  |  |
| --- | --- |
| **I.PRZEDMIOT WNIOSKU** | |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| **Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:** |  |
| **Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):** |  |
| Słownie: |  |
| **Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:** |  |
| Słownie: |  |
| **co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:** |  |
| **Deklarowane środki własne:** |  |
| **Inne źródła finansowania:** |  |
| **Cel dofinansowania i uzasadnienie:** |  |
|  | |
| **WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘC (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER** | |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| **Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier** |  |
| **Miejsce realizacji zadania:** |  |
| **Termin rozpoczęcia:** |  |
| **Przewidywany czas realizacji:** |  |
| **OPIS PONIESIONYCH NAKŁADÓW** | |
| 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 finansowania. | |
| **FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH** | |
| przelew na konto Wnioskodawcy/ osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę | |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| **Właściciel konta (imię  i nazwisko):** |  |
| **Nazwa banku:** |  |
| **Nr rachunku bankowego:** |  |
| w kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)  konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi | |
| **OPIS BUDYNKU I MIESZKANIA** | |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| **Budynek:** | dom jednorodzinny  wielorodzinny prywatny  wielorodzinny komunalny  wielorodzinny spółdzielczy |
| **Ilość pięter:** | budynek parterowy   piętrowy  mieszkanie na piętrze  którym? : ……………… |
| **Przybliżony wiek budynku lub rok budowy:** |  |
| **Liczba pokoi:** | + kuchnia  + łazienka  + wc |
| **Łazienka jest wyposażona w:** | wannę   brodzik  kabinę prysznicową  umywalkę |
| **W mieszkaniu jest:** |  instalacja wody zimnej  instalacja wody ciepłej  kanalizacja  centralne ogrzewanie  prąd  gaz |
| **Inne informacje o warunkach mieszkaniowych**: |  |
| **SYTUACJA ZAWODOWA** | |

Zatrudniony/ prowadzący działalność gospodarczą.

Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca.

Bezrobotny poszukujący pracy.

 Rencista poszukujący pracy.

 Rencista/ Emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy.  
Dzieci i młodzież do lat 18.

 Inne/ Jakie? ……………………………………………………………………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OŚWIADCZENIE** | | |
| W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonanej usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.  Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Przepisy wprowadzające Kodeks karny - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.  O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.  Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.  Oświadczam, ze zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej, sporządzonej z godnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), zamieszczonej na stronie internetowej: [www.pcpr.powiat-zielonogorski.pl](http://www.pcpr.powiat-zielonogorski.pl).  Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.  Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie. | | |
| *Miejscowość* | *Data* | *Podpis Wnioskodawcy* |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU** |
| Lista |
| ETAP I  1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, a w przypadku dzieci do lat 16 kopia orzeczenia o niepełnosprawności. 2. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą  w przypadku takich osób. 3. Aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności i występujących ograniczeniach w poruszaniu się (druk: zaświadczenie lekarskie). 4. Tytuł prawny do lokalu , w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (własność, użytkowanie wieczyste, umowa najmu). 5. Zgoda właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego na likwidację barier. ETAP II  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 przypadkach określonych przepisami prawa budowlanego). 3. Inne. |

.............................., dnia .................................

*miejscowość*

*Stempel zakładu opieki zdrowotnej   
 lub praktyki lekarskiej*

***ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE***

wydane dla potrzeb PFRON – **likwidacja barier architektonicznych**   
 (*prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)*

1.Imię i nazwisko Pacjenta ........................................................................................................................

PESEL ……………………………………………………………………………………………………

Miejsce zamieszkania ……………………………………………………………………………………

2.Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność ruchowa pacjenta dotyczy (*proszę zakreślić właściwe pole* ):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | leżący nie będący w stanie poruszać się na wózku inwalidzkim , nawet przy pomocy osób trzecich | pieczątka i podpis lekarza |
|  | poruszający się na wózku inwalidzkim | pieczątka i podpis lekarza |
|  | poruszający się przy pomocy balkonika\*, trójnogu\* lub kul łokciowych  \*Niepotrzebne skreślić | pieczątka i podpis lekarza |
|  | protezy:  - kończyn górnych  - kończyn dolnych | pieczątka i podpis lekarza |
|  | niepełnosprawność narządu wzroku Pacjenta:  - niedowidzący  - niewidomy | pieczątka i podpis lekarza |
|  | **schorzenia Pacjenta, które w swoich skutkach powodują znaczne ograniczenia w poruszaniu i przemieszaniu się:**  …………………………………………………………….  …………………………………………………………….  …………………………………………………………….  ……………………………………………………………. | pieczątka i podpis lekarza |

Uwagi dodatkowe:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**pieczątka i podpis lekarz**