

W N I O S E K

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

UWAGA! Dofinansowaniu ze środków PFRON nie będą podlegały koszty poniesione
przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy.

Część A – DANE WNIOSKODAWCY ⁽¹⁾

Wnioskodawca składa wniosek: ☐ w własnym imieniu ☐ jako rodzic/opiekun prawny/pełnomocnik

Wniosek składam: ☐ po raz pierwszy ☐ po raz kolejny – wpisać rok złożenia ostatniego wniosku

I. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY ⁽¹⁾	
Imię i nazwisko	
Dokument tożsamości	seria nr wydany w dniu przez:
PESEL	
Data urodzenia	
Nr telefonu	
Adres e-mail	
ADRES ZAMIESZKANIA	
Powiat	
Ulica	
Nr domu/Nr lokalu	
Miejscowość	
Kod pocztowy/poczta	
ADRES DO KORESPONDENCJI	
☐ taki sam, jak adres zamieszkania	
☐ inny	

II. DANE PODOPIECZNEGO ⁽¹⁾	
Imię i nazwisko	
PESEL	
Data urodzenia	
ADRES ZAMIESZKANIA PODOPIECZNEGO	
☐ taki sam, jak adres zamieszkania Wnioskodawcy	
☐ inny	
OPIEKUN USTANOWIONY/USTANOWIONA	
☐ Przedstawicielem ustawowym ☐ Opiekunem prawnym	
Postanowieniem Sądu Rejonowego w:	
Z dnia	Sygnatura akt
☐ Pełnomocnikiem, na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza	
Imię i nazwisko	
Z dnia	Repetitorium nr

(1) wstawić X we właściwej rubryce

III. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI ⁽¹⁾	
Stopień niepełnosprawności	☐ znaczny ☐ umiarkowany ☐ lekki ☐ nie dotyczy
Grupa inwalidzka	☐ I grupa ☐ II grupa ☐ III grupa ☐ nie dotyczy
Niezdolność	☐ osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji ☐ osoby całkowicie niezdolne do pracy ☐ osoby częściowo niezdolne do pracy ☐ osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny* ☐ osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym* ☐ nie dotyczy
* dotyczy orzeczeń KRUS wydanych przed 1.01.1998r.	
Osoby w wieku do 16 lat posiadające orzeczenie o niepełnosprawności	☐ tak ☐ nie dotyczy
WAŻNOŚĆ ORZECZENIA	
Orzeczenie ważne	☐ bezterminowo ☐ czasowo – do

IV. RODZAJ DYSFUNKCJI ⁽¹⁾	
1. dysfunkcja narządu ruchu	
a) poruszanie się na wózku inwalidzkim	
b) poruszanie się o kulach	
c) poruszanie się przy balkoniku	
d) wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	
e) inna dysfunkcja narządu ruchu	
2. dysfunkcja narządu wzroku	
3. dysfunkcja narządu słuchu i mowy	
4. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
5. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

V. SYTUACJA ZAWODOWA ⁽¹⁾	
1. zatrudniony/ prowadzący działalność gospodarczą	
2. osoba w wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca	
3. bezrobotny poszukujący pracy/ rencista poszukujący pracy	
4. rencista/ emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy	
5. dzieci i młodzież do lat 18	

VI. SYTUACJA MIESZKANIOWA⁽¹⁾

(Opis budynku i mieszkania, w którym ma zostać zrealizowane zadanie)

- 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*, 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
.....
.....
.....

(1) Wstawić X we właściwej rubryce
* właściwe zaznaczyć

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

I. Przedmiot dofinansowania i cel likwidacji barier architektonicznych

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

II. Miejsce realizacji zadania

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

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

IV. Przewidywany koszt realizacji zadania: zł, co stanowi 100% kosztów brutto

IV. Kwota wnioskowanego dofinansowania: zł, co stanowi do 95% kosztów brutto, pomniejszonych o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł.

V. Deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów brutto realizacji zadania ponad obowiązkowe 5%:% zł.

VI. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania: (miesiąc/kwartał/rok):

.....

VII. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania:

.....

VIII. Udokumentowana informacja o ewentualnych innych źródłach finansowania zadania

.....

IX Inwestor zastępczy (inspektor nadzoru) wybrany przez Wnioskodawcę: (nazwa i dokładny adres z numerem kodu)

.....

..... nr telefonu

Część C – OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY⁽¹⁾

I. Oświadczam, że zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu materiałów/urządzeń wraz z montażem, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

II. Oświadczam, że ☐ mieszkam (☐ mój Podopieczny mieszka) pod adresem podanym we wniosku z zamiarem stałego pobytu, gdzie zostanie zlikwidowana bariera architektoniczna.

III. Oświadczam, że w okresie 3 lat przed złożeniem wniosku:

- ☐ nie korzystałem/am z dofinansowania ze środków PFRON
- ☐ korzystałem/am z dofinansowania ze środków PFRON – wypełnić Tabelę 1
- ☐ nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie

(1) wstawić X we właściwej rubryce

Tabela 1. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON – inne umowy o dofinansowania ze środków PFRON jakie przyznano wnioskodawcy (w okresie ostatnich 3 lat)

Lp.	Numer umowy	Kwota dofinansowania	Cel na jaki przyznano dofinansowanie	Data umowy (przynajmniej rok)	Stan rozliczenia
1.					
2.					

IV. Oświadczam, że:

- ☐ prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe i osiągam dochody wymienione w Tabeli 2 pod pozycją nr 1;
- ☐ razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają osoby wymienione w Tabeli 2, i osiągamy następujące dochody:

Tabela 2. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym (w tym osoby niepełnosprawne)

Lp.	Imię i nazwisko – dotyczy Wnioskodawcy Pokrewieństwo – dot. innych osób z gosp. domowego	Niepełnosprawność		Średni miesięczny dochód netto za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (w zł)
		stopień	symbol (rodzaj)	
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
RAZEM				

V. Przeciętny miesięczny dochód

Oświadczam, że liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

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 wynosi na osobę zł (podać kwotę na osobę miesięcznie).

Oświadczam, że członkowie mojego gospodarstwa domowego pobierają świadczenia niebędące dochodem w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych w łącznej wysokości zł/miesiąc.

POUCZENIE

Dochód – w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (t.j. Dz. U. 2020 poz. 111 ze zm.), to, po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób:

- **przychody podlegające opodatkowaniu** zgodnie z ustawą z 26.07.1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1426 ze zm.), pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, np.: dochody z umowy o pracę, umowy zlecenie, zasiłku dla bezrobotnych, rent i emerytur, działalności gospodarczej opodatkowanej na zasadach ogólnych;
- **dochody z działalności podlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym** od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne;
- **inne dochody niepodlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych**, m. in.: dochody uzyskiwane za granicą Rzeczypospolitej Polskiej, dochody uzyskane z gospodarstwa rolnego, alimenty na rzecz dzieci, renty inwalidów wojennych, dodatek kombatancki, ryczałt energetyczny i dodatek kompensacyjny, zasiłki chorobowe, stypendia socjalne dla uczniów i studentów, świadczenia rodzicielskie, zasiłek macierzyński (rolników), stypendia dla bezrobotnych finansowane ze środków UE.

UWAGA! Wszystkie świadczenia rodzinne są wolne od podatku dochodowego. Dochodem w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych **nie jest** m. in.: zasiłek pielęgnacyjny, rodzinny i wychowawczy.

(1) wstawić X we właściwej rubryce

VI.

FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH ⁽¹⁾																												
☐ Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę																												
Właściciel konta (imię i nazwisko)																												
Adres właściciela konta																												
Nazwa banku																												
Nr rachunku bankowego																												
☐ W kasie Starostwa Powiatowego w Zwoleniu ☐ Przelewem na konto Wykonawcy/Sprzedawcy podane na dowodzie zakupu usługi/przedmiotu																												

VII. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zwoleniu, ul. Wojska Polskiego 78, 26-700 Zwolen dla potrzeb wynikających z realizacji zadania z dofinansowania ze środków PFRON zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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. Urz. UE L 119 z dnia 04.05.2016 r., s. 1. Niniejsza zgoda jest dobrowolna i może być cofnięta w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Zostałem/łam poinformowany/a o prawach wynikających z art. 15-21 ww. Rozporządzenia.
2. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (tekst jedn.: Dz.U. z 2020 r., poz. 1444, z późn. zm.) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.
3. Oświadczam, że nie mam załógności w terminowym regulowaniu wymagalnych zobowiązań wobec PFRON.
4. W przypadku gdy Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zwoleniu powyższe wątpliwość odnośnie do podanych we wniosku o dofinansowanie danych, w szczególności co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, mających wpływ na przyznanie dofinansowania, wzywa wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie, nie dłuższym niż 14 dni, licząc od dnia otrzymania wezwania, wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.
5. W przypadku wykrycia faktu wprowadzenia w błąd organu rozpatrującego wniosek, podania nieprawdziwych informacji, zobowiązuje się do zwrotu pełnej kwoty udzielonego dofinansowania wraz z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonania przez PCPR płatności tego dofinansowania, w terminie wskazanym przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zwoleniu.
6. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się poinformować PCPR w ciągu 14 dni.

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

data i czytelny podpis

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

* niepotrzebne skreślić

UWAGA !!!

1. Podstawę dofinansowania zadań ze środków PFRON stanowi umowa zawarta przez Kierownika Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Zwoleniu z osobą niepełnosprawną lub jej przedstawicielem ustawowym, opiekunem prawnym (§ 14 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 roku w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Powiatowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Dz. U. 2015, poz. 926 ze zmianami).
2. Dofinansowanie ze środków PFRON nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowaniu ze środków PFRON (§ 9 ust. 4 w/w Rozporządzenia).

(1) wstawić X we właściwej rubryce

Załączniki do wniosku:

Do I etapu

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego Wnioskodawcy/ Podopiecznego i osób mieszkających wspólnie, w przypadku takich osób – oryginał do wglądu.
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności (ważne 3 miesiące).
3. Aktualny dowód osobisty Wnioskodawcy – oryginał do wglądu.
4. Kserokopia dokumentu stwierdzającego opiekę prawną nad Podopiecznym - dotyczy opiekuna prawnego, przedstawiciela ustawowego lub pełnomocnika.
5. Potwierdzenie zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier (np. zaświadczenie o zameldowaniu wydane przez właściwy Urząd).
6. Udokumentowana podstawa prawna prawa do lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (np. akt własności, umowa najmu, wypis z ksiąg wieczystych).
7. Zgoda właściciela lokalu lub budynku na wykonanie prac związanych z likwidacją barier (jeżeli Wnioskodawca nie jest właścicielem).
8. Zaświadczenie/oświadczenie o dochodach Wnioskodawcy i osób zamieszkających wspólnie z Wnioskodawcą z ostatnich 3 miesięcy.
9. Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.
10. Zaświadczenie ze szkoły w przypadku osoby uczącej się.
11. Szkic budynku/pomieszczenia, w którym planowana jest likwidacja barier architektonicznych – stan „PRZED” i „PO” – podpisany przez Wnioskodawcę.
12. Kosztorys – podpisany przez Wnioskodawcę.
13. Inne dokumenty

Do II etapu

1. Aktualny projekt i kosztorys - – podpisany przez Wnioskodawcę.
2. Pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach).
3. Przyjęte pełnomocnictwo inwestora zastępczego – o ile dotyczy.
4. Inne dokumenty

W przypadku gdy Wnioskodawca nie składa wniosku osobiście, należy przedstawić pisemne oświadczenie Wnioskodawcy, że upoważnia osobę składającą wniosek do występowania w jego imieniu.

.....		202... r.
(miejscowość)	(data)	
O Ś W I A D C Z E N I E		
 (Imię i Nazwisko Wnioskodawcy) (adres zamieszkania) ☐ Upoważniam p., legitymującego/ą się dowodem osobistym seria numer, do złożenia w moim imieniu wniosku dotyczącego dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych wraz z wymaganymi załącznikami oraz do zasięgania informacji w ww. sprawie. ☐ Kwotę dofinansowania proszę przekazać na konto osoby upoważnionej. <i>czytelny podpis Wnioskodawcy</i> (1) wstawić X we właściwej rubryce		

WYPEŁNIA POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE

I. Adnotacje przyjmującego wniosek (ocena formalna) – etap I

.....

.....

.....

(data i podpis)

II. Ocena zasadności wniosku (ocena merytoryczna) po dokonaniu wizji lokalnej w miejscu likwidacji bariery architektonicznej – etap II

Sytuacja mieszkaniowa – warunki mieszkaniowe (wypełnia pracownik Centrum)

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

.....

.....

.....

.....

(data i podpis)

III. Decyzja o przyznaniu dofinansowania

.....

.....

.....

.....

.....

(data i podpis)

.....

Podpis i pieczęć kierownika PCPR

Zaświadczenie lekarskie*

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Proszę wypełnić czytelnie w języku polskim.

Imię i Nazwisko

Data i miejsce urodzenia PESEL

Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

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

2. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

.....
.....

3. Sprawność osoby niepełnosprawnej:

kończyn górnych:

kończyn dolnych:

osoba porusza się:

☐ pełna

☐ pełna

☐ samodzielnie

☐ częściowo ograniczona

☐ częściowo ograniczona

☐ z częściową pomocą

☐ całkowicie niesprawne

☐ całkowicie niesprawne

☐ wyłącznie z pomocą

☐ na wózku inwalidzkim

☐ jest osobą leżącą

4. Używane zaopatrzenie ortopedyczne:

.....
.....

5. Informacje uzupełniające

.....
.....

.....
(data)

.....
(podpis lekarza)

* dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Zwoleniu; ważne trzy miesiące od daty wystawienia

Data

Zgoda właściciela lokalu / budynku mieszkalnego

Ja niżej podpisany/a
(imię i nazwisko Właściciela/Współwłaściciela)

zamieszkały/a w
(pełny adres)

legitymujący/a się dowodem osobistym seria nr
będąc właścicielem lokalu /budynku mieszkalnego znajdującego się w
(pełny adres)

.....
wyrażam zgodę na likwidację barier architektonicznych polegających na przystosowaniu lokalu/budynku
mieszkalnego dla potrzeb Pana /Pani
(imię i nazwisko)

który/a to stale zamieszkuje pod powyższym adresem.

Oświadczam ponadto, iż wyrażam zgodę na dożywotnie korzystanie z przystosowanego lokalu/budynku przez
w/w osobę niepełnosprawną.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w tym dokumencie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zwoleń, ul. Wojska Polskiego 78, 26-700 Zwoleń dla potrzeb wynikających z realizacji zadania z dofinansowania ze środków PFRON zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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. Urz. UE L 119 z dnia 04.05.2016 r., s. 1. Niniejsza zgoda jest dobrowolna i może być cofnięta w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Zostałem/łam poinformowany/a o prawach wynikających z art. 15-21 ww. Rozporządzenia.

Oświadczam, uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444 ze zm.) „Kto składając zeznanie mające służyć jako za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat”, że powyższe dane są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym na dzień składania wniosku oraz jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

.....
(podpis właściciela lokalu /budynku mieszkalnego)