

data wpływu .....

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie we Wrocławiu, ul. Kościuszki 131, 50-440 Wrocław

**Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych i technicznych**

**DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**

Imię i nazwisko .....

PESEL.....

Adres zamieszkania .....

.....telefon .....

Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności .....

(stopień niepełnosprawności lub grupa inwalidzka)

Orzeczenie o niepełnosprawności przed ukończeniem 16. roku życia .....

**Rodzaj niepełnosprawności\*:**

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządu słuchu	
5. dysfunkcja narządu mowy	
6. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
7. pozostałe wraz ze schorzeniami sprzężonymi	

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

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym.....

L.p.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Źródło dochodu	Kwota dochodu
1		wnioskodawca		
2				
3				
4				
5				
6				

Jestem mieszkańcem Domu Pomocy Społecznej tak

nie

Przebywam w Zakładzie Opiekuńczo Lecznicznym tak

nie

\_\_\_\_\_

**Nazwa banku i numer rachunku bankowego:**.....

.....

**INFORMACJE O PLANOWANYM PRZEDSIĘWZIĘCIU**

**Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania**.....

.....

**Przedmiot dofinansowania**.....

.....

.....

.....

.....

**Uzasadnienie**.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania**.....

**Wykaz planowanych przedsięwzięć, inwestycji, zakupów (w kolejności od najważniejszej dla Wnioskodawcy):**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Przewidywany koszt realizacji zadania**.....zł

**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**

.....

.....

.....

**Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania**.....

.....

**Deklarowany procentowy udział Wnioskodawcy w kosztach przedsięwzięcia (min. 5%):**

.....%

**Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków Funduszu (max. 95% planowanej inwestycji):** .....zł.

Słownie: .....

**Dotychczasowe korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych:**

Korzystałam/em:		TAK / NIE**		
<i>Data przyznania dofinansowania</i>	<i>Numer zawartej umowy</i>	<i>Cel</i>	<i>Kwota</i>	<i>Stan rozliczenia</i>

**Przedstawiciel ustawy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik\*\***

.....

imię (imiona) i nazwisko

seria ..... nr ..... wydany w dniu ..... przez .....

(dowód osobisty)

nr PESEL .....

miejsowość ..... ulica ..... nr domu.....

nr lokalu ..... nr kodu ..... poczta ..... powiat .....

ustanowiony opiekunem/pełnomocnikiem .....

(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. .... sygn. akt\*/na mocy pełnomocnictwa

potwierzonego przez Notariusza .....

z dn. .... repet nr ..... )

.....  
\*\* niepotrzebne skreślić

## **Oświadczenia:**

1. Uprzedzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2019 r. poz. 1950 ze zm.) za fałszywe zeznania, prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.
2. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować PCPR w ciągu 14 dni.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych, tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie we Wrocławiu, ul. Kościuszki 131, w celu złożenia wniosku dotyczącego likwidacji barier architektonicznych/technicznych\*. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej (treść <http://www.pcpr.wroclaw.pl/ochrona-danych-osobowych>), w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

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

\*niepotrzebne skreślić

## **Załączniki do wniosku:**

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik lub orzeczenia o niepełnosprawności do 16. roku życia - oryginał do wglądu.
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą w przypadku takich osób - oryginał do wglądu.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności i potrzebie likwidacji barier.
4. Udokumentowana podstawa prawna zamieszkania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (np. własność, umowa najmu) - oryginał do wglądu (dotyczy tylko likwidacji barier architektonicznych).
5. Aktualne zaświadczenie o zameldowaniu (dotyczy tylko likwidacji barier architektonicznych).
6. Zgoda właściciela budynku lub lokalu mieszkalnego na przeprowadzenie wnioskowanych prac, jeżeli taka zgoda jest wymagana (dotyczy tylko likwidacji barier architektonicznych).
7. Faktura PRO FORMA lub oferta cenowa zakupu sprzętu (dotyczy tylko likwidacji barier technicznych).
8. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania – o ile dotyczy.

.....  
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek (PCPR)

.....  
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

.....  
(data)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko.....

zamieszkała (y).....

PESEL.....

wymaga likwidacji barier ze względu na trudności w zakresie

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

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

Zgodnie z § 6 pkt 1 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015 r. poz. 926 ze zm.)

„o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych ze środków Funduszu mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, **które mają trudności w poruszaniu się (...)**, jeżeli ich realizacja umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem”.