

.....
numer kolejny wniosku

.....
pieczęć wpływu i podpis pracownika

Wniosek osoby niepełnosprawnej o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier architektonicznych

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Adres zamieszkania

Miejscowość, ulica..... nr domu.....

nr lokalu kod - poczta

Nazwa banku i numer rachunku bankowego, na które ma być przelane dofinansowanie:

.....

.....

I. Przedmiot dofinansowania (wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów))

[illegible]

II. Miejsce realizacji zadania:

Miejscowość, ulica..... nr domu.....

nr lokalu kod - poczta

III. Cel dofinansowania:

.....

IV. Przewidywany koszt realizacji zadania:zł

słownie: zł

V. Termin rozpoczęcia zadania

i przewidywany czas realizacji

VI. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z dotychczasowymi źródłami finansowania:

.....

VII. Dokumentacja o innych źródłach finansowania zadania:

VIII. Korzystanie ze środków finansowych PFRON (w ciągu 3 ostatnich lat)

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON (właściwie zaznaczyć x)		Tak:	Nie:
Cel dofinansowania (nazwa zadania ustawowego oraz/lub nazwa programu, w ramach, którego przyznana została pomoc)	Nr i data zawarcia umowy	Wysokość przyznanego dofinansowania	Stan rozliczenia (kwota rozliczona)

IX. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania zł:

cyframi.....(słownie).....

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych¹, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

Upředzona/y o odpowiedzialności za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.

.....
 data

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

¹ **dochód** – oznacza to, po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób:

- a) przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach określonych w art. 27, art. 30b, art. 30c, art. 30e i art. 30f ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 2032, z późn. zm.), pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne,
- b) dochód z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne,
- c) inne dochody niepodlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych:

*zaznaczyć właściwie

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

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Adres zamieszkania

Miejscowość, ulica..... nr domu.....

nr lokalu kod - poczta

nr telefonu

Ustanowiony opiekunem*/ pełnomocnikiem*.....

(postanowieniem Sądu rejonowego z dn. sygn. akt*

na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dn.

repet. Nr

Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku

Nazwa załącznika		Załączono do wniosku <i>(wypełnia PCPR)</i>	
		Tak/Nie/ Nie dotyczy	Data uzupełnienia
Do I etapu			
1.	Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia o zaliczeniu do osób niepełnosprawnych (w przypadku dzieci do lat 16), o stopniu niepełnosprawności: znacznym, umiarkowanym lub lekkim lub orzeczenia równoważnego tj. o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy, niezdolności do samodzielnej egzystencji, o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów lub kopia orzeczenia o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 roku;		
2.	Aktualne zaświadczenie lekarskie, potwierdzające trudności w poruszaniu się Wnioskodawcy;		
3.	Kserokopia pełnomocnictwa lub postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego – w przypadku gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego;		
4.	Oświadczenie Wnioskodawcy, że jest właścicielem nieruchomości lub użytkownikiem wieczystym nieruchomości lub zgoda właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego w którym stale zamieszkuje Wnioskodawca;		
5.	Dokument potwierdzający podstawę prawną zameldowania w lokalu w którym ma nastąpić likwidacja barier;		
6.	Zgoda w celach kontaktowych– sporządzona wg wzoru stanowiącego załącznik Nr 1 do wniosku.		

Do II etapu			
1.	Szkic modernizowanej powierzchni (stan istniejący i po modernizacji)		
2.	Kosztorys inwestorski		
3.	Pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach)		
4.	Przyjęte pełnomocnictwo wykonawcy (umowa cywilnoprawna lub oświadczenie o wykonaniu robót)		

OŚWIADCZENIE (* *niepotrzebne skreślić*)

Mam/nie mam* zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz w ciągu ostatnich 3 lat przed złożeniem wniosku byłem/am, nie byłem/am* stroną umowy zawartej z Funduszem, którą rozwiązano z przyczyn leżących po mojej stronie.

.....
(data i czytelny podpis Wnioskodawcy)

WYPEŁNIA PCPR

I. Ocena formalna wniosku:

Warunki weryfikacji formalnej po etapie I	Tak	Nie	Uwagi
Wniosek wypełniono prawidłowo			
Wniosek zawiera wymagane załączniki			

Weryfikacja formalna wniosku:

☐ pozytywna

☐ negatywna

Wniosek uzupełniony w terminie

☐ tak

☐ nie

Wniosek kompletny w dniu przyjęcia

☐ tak

☐ nie

.....
(data i podpis pracownika PCPR)

Etap I

II. Opinia merytoryczna co do zasadności wniosku:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(data i podpis pracownika PCPR)

Etap II

1) Wykonawca wybrany przez Wnioskodawcę (nazwa, dokładny adres i nr telefonu)

.....

.....

2) Opinia merytoryczna co do poprawności rozwiązań technicznych i kosztów oraz zgodności z katalogiem likwidacji barier

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(data i podpis pracownika PCPR)

III. Decyzja o przyznaniu dofinansowania

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(data i podpis kierownika PCPR)

IV. Akceptacja Starosty

.....

.....

.....

.....
(data i podpis Starosty)