data wpływu wniosku

PCPR. _____

W N I O S E K
o dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

CZĘŚĆ A (wypełnia Wnioskodawca)

1. Imię (imiona) i nazwisko: ……
2. Adres zamieszkania (miejsce pobytu osoby bezdomnej) Miejscowość: ……., ul. ……..……., Nr domu ……., Nr lokalu ..… kod …….. - …… Poczta …….……. Gmina ……...……..
3. PESEL (w przypadku jego nadania)…….……
4. Dowód osobisty: Seria …..... Nr ……..… wydany w dniu ….…….…….. przez …….….
5. Telefon stacjonarny: ……..…….. / komórkowy: ……..……..……...
6. POSIADANE ORZECZENIE (zaznacz właściwe) 1) o stopniu niepełnosprawności Znacznym Umiarkowanym Lekkim 2) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów I II III 3) o całkowitej/ o częściowej niezdolności do pracy/ o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym/ i niezdolności do samodzielnej egzystencji 4) o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia
7. Rodzaj niepełnosprawności (zaznacz właściwe) 1) dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim, wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk, 2) inna dysfunkcja narządu ruchu, 3) dysfunkcja narządu wzroku, 4) dysfunkcja narządu słuchu i mowy,

5) niepełnosprawność intelektualna (upośledzenie umysłowe),

6) niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia,

7) inna (jaka?) ……

8. Sytuacja zawodowa (zaznacz właściwe)

1) zatrudniony / prowadzący działalność gospodarczą,

2) osoba w wieku 18-24, 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 18 lat.

9. Wykształcenie wnioskodawcy (zaznacz właściwe):

niepełne podstawowe / podstawowe / gimnazjalne / zawodowe / średnie ogólnokształcące / średnie zawodowe / policealne / wyższe / wyższe ze stopniem naukowym / nie dotyczy

10. Korzystałem(am) z dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych ze środków PFRON (zaznacz właściwe)

Tak , proszę podać rok ..... Nie

11. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

…….

12. Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuję (zaznacz właściwe):

samotnie / z rodziną / z osobami niespokrewnionymi

13. Opis budynku i mieszkania (zaznacz właściwe):

1) dom jednorodzinny/wielorodzinny prywatny/wielorodzinny komunalny/wielorodzinny spółdzielczy,
2) inne(jakie?) ……..……..,
3) budynek parterowy/piętrowy/mieszkanie na …. piętrze,
4) przybliżony wiek budynku lub rok budowy: ……..…..,
5) opis mieszkania: pokoje ….. (podać liczbę)/ z kuchnią/ bez kuchni/ z łazienką/ bez łazienki/ z wc/ bez wc,
6) łazienka jest wyposażona w: wannę/ brodzik/ kabinę prysznicową/ umywalkę/ sedes/ bidet,
7) w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej/ ciepłej/ kanalizacja/ centralne ogrzewanie/ prąd/ gaz,
8) inne ważne informacje o warunkach mieszkaniowych:
……
……
……
9) warunki mieszkaniowe:

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

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

Imię i nazwisko / pokrewieństwo / wiek / niepełnosprawność (stopień i rodzaj)
1) ……..
2) ……..
3) ……..
4) ……..
5) ……..
6) ……..
7) ……..
8) ……..

15. Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania do likwidacji barier.
……
……
……
……
……
……
……

16. Przedmiot dofinansowania:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
….....
.....

17. Przewidywany koszt realizacji zadania: …… zł., w tym:
- deklarowany udział własny w kwocie ……..…….. zł,
- kwota wnioskowana: …….…… zł

18. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:
od ……do ……

19. Informacja o kwotach przyznanych wcześniej środków Funduszu z określeniem numeru zawartej umowy, celu i daty przyznania dofinansowania oraz stanu rozliczenia:
……
……
……
……

20. Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik:

a) Imię (imiona) i Nazwisko: ……...…….….

b) Adres zamieszkania (miejsce pobytu osoby bezdomnej)

Miejscowość: ……., ul. …….……. Nr domu ……. Nr

lokalu …… kod ……... - ……

Poczta …….Gmina …….…….…….....

c) PESEL: …….……

d) dowód osobisty: Seria …..... Nr ……..…wydany w dniu…….……

przez …….

e) telefon stacjonarny: ……..……..……./komórkowy:……

f) postanowienie Sądu w ……..…… z dnia …… sygn. akt..……..

21. Niezbędne załączniki do etapu I

1) kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia, kopia orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r. wnioskodawcy,
2) Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (akt własności, umowa najmu, zgoda właściciela budynku na przeprowadzenie remontu będącego przedmiotem wniosku)
3) aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o stanie zdrowia, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 1,
4) postanowienie sądu o ubezwłasnowolnieniu i wyznaczeniu opiekuna prawnego,

22. Niezbędne załączniki do etapu II

1) kosztorys,

…… (miejscowość i data)

…… podpis Wnioskodawcy/opiekuna ustawowego /opiekuna prawnego/pełnomocnika)

CZĘŚĆ B (wypełnia Wnioskodawca)

Oświadczam, iż przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wyniósł ……. zł *.
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym……

…… (miejscowość i data)

…… (podpis Wnioskodawcy, opiekuna ustawowego /opiekuna prawnego/pełnomocnika)

CZĘŚĆ C (wypełnia Wnioskodawca)

OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.
2. Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kaliszu , dla potrzeb związanych z realizacją wniosku zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.
3. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Funduszu i nie byłem/am w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

…… ……
(miejscowość i data) (podpis Wnioskodawcy/opiekuna ustawowego /opiekuna prawnego/pełnomocnika)

CZĘŚĆ D (wypełnia Wnioskodawca)

POUCZENIE
*przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

UWAGA !
1. Zgodnie z § 9 ust. 4 dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.
2. Zgodnie z § 9 ust. 1 dofinansowanie ze środków Funduszu nie przysługuje, jeżeli podmiot ubiegający się o dofinansowanie ma zaległości wobec Funduszu lub podmiot ten był, w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie tego podmiotu.
(Podstawa prawna: rozporządzenie 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 poz. 926).

…… ……
(miejscowość i data) (podpis Wnioskodawcy/opiekuna ustawowego /opiekuna prawnego/pełnomocnika)

załącznik nr 1 do wniosku o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

..... ……

Stempel zakładu opieki zdrowotnej Miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kaliszu

LIKWIDACJA BARIER ARCHITEKTONICZNYCH[1]

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta	……..
Adres zamieszkania	……..
Data urodzenia	(dd-mm-rr) ……..
PESEL	…….

1) rodzaj niepełnosprawności lub dysfunkcji (należy zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczątką)

dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	☐ pieczątka i podpis lekarza
dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się przy pomocy kuli, balkonika itp.	☐ pieczątka i podpis lekarza
osoby poruszające się samodzielnie bez pomocy osób trzecich i przyrządów ortopedycznych	☐ pieczątka i podpis lekarza
dysfunkcja narządu wzroku	☐ pieczątka i podpis lekarza
dysfunkcja narządu słuch i mowy	☐ pieczątka i podpis lekarza
deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe) lub psychiczne	☐ pieczątka i podpis lekarza
inne schorzenia jakie?	☐ pieczątka i podpis lekarza

2) trwałe naruszenie sprawności organizmu (należy zakreślić właściwe pole)

□ TAK □ NIE

[1] O dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, które mają trudności w poruszaniu się. Przez bariery architektoniczne należy rozumieć wszelkie utrudnienia występujące w budynku i w jego najbliższej okolicy, które ze względu na rozwiązania techniczne, konstrukcyjne lub warunki użytkowania uniemożliwiają lub zmniejszają możliwość wykonywania podstawowych, codziennych czynności życiowych.

3) używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny:

……

……

……

……

……

……

4) opis trudności w poruszaniu się

……

……

……

……

……

……

5) Pacjent wymaga likwidacji barier architektonicznych w swoim najbliższym otoczeniu (należy zakreślić właściwe pole)

□ TAK □ NIE

…….
pieczątka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie