

.....  
data wpływu

.....  
numer wniosku

pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

.....  
data wpływu kompletnego wniosku, pieczęć i podpis pracownika

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

### **I. Dane dotyczące Wnioskodawcy (proszę wypełnić drukowanymi literami)**

.....syn/córka\*  
.....  
imię (imiona) i nazwisko ..... imię ojca  
seria.....nr ..... wydany w dniu ..... przez .....  
(dowód osobisty)  
..... Nr PESEL.....  
Miejscowość ..... ulica ..... nr domu ..... nr lokalu .....  
(dokładny adres)  
nr kodu ..... poczta ..... powiat .....  
województwo ..... nr tel./fax ( nr kier.) ..... e-mail .....  
nazwa banku .....  
nr rachunku bankowego.....

Wstawić X we właściwej rubryce.

### **II. Stopień niepełnosprawności**

<b>1. znaczny</b>	
• Inwalidzi I grupy	
• Osoby całkowicie niezdolne do pracy i samodzielnej egzystencji	
• Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny ( ważne orzeczenie wydane przed 01.01.1998 r. na stałe)	
<b>2. umiarkowany</b>	
• Inwalidzi II grupy	
• Osoby całkowicie niezdolne do pracy	
<b>3. lekki</b>	
• Pozostali inwalidzi III grupy	
• Osoby częściowo niezdolne do pracy	
• Osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym (ważne orzeczenie wydane przed 01.01.1998 r. na stałe)	
<b>4. osoby w wieku do lat 16 z aktualnym orzeczeniem o niepełnosprawności</b>	

### **III. Rodzaj niepełnosprawności**

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 narządów słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia lub inna niż wymienione	

\* niepotrzebne skreślić

#### IV. Sytuacja zawodowa

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	

#### V. Sytuacja mieszkaniowa - warunki mieszkaniowe (wypełnia pracownik Centrum)

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

#### VI. Sytuacja mieszkaniowa - opis budynku i mieszkania

1. dom jednorodzinny, wielorodzinny prywatny, wielorodzinny komunalny, wielorodzinny spółdzielczy \*
2. inne\* .....
3. budynek parterowy, piętrowy, mieszkanie na ..... (proszę podać kondygnację)
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\*
7. inne informacje e o warunkach mieszkaniowych .....
8. zamieszkuje (wstawić X we właściwej rubryce)

1. samotnie	
2. z rodziną	
3. z osobami niespokrewnionymi	

#### VII. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:

Oświadczam, że:

1. prowadzę samodzielnie gospodarstwo domowe i osiągam dochody wymienione w tabeli pod poz. Nr 1,
2. razem za mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą	Dochód <sup>1</sup> netto uzyskany w ciągu ostatniego miesiąca, przed dniem złożenia wniosku
1.		wnioskodawca	
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
Razem miesięczny dochód rodziny wynosi:			
Średni miesięczny dochód na członka rodziny <sup>2</sup> :			

<sup>1</sup>dochód - w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 28 listopada 2003 o świadczeniach rodzinnych (Dz.U. 228 poz. 2255 z późniejszymi zmianami) pomniejszony o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne oraz kwotę świadczonych alimentów i powiększony o dochody z działalności gospodarczej, dochody z gospodarstwa rolnego oraz inne dochody nieopodatkowane wymienione w niniejszej ustawie.

<sup>2</sup> miesięczny dochód rodziny podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

\* niepotrzebne skreślić

**VIII. Informacja o kwotach przyznanych wcześniej środków Funduszu (w ciągu ostatnich 3 lat):**

Nr umowy	Data przyznania dofinansowania	Cel dofinansowania	Stan rozliczenia ( data i kwota rozliczenia )

**IX. Informacja o przedmiocie wniosku**

1. Cel i miejsce realizacji likwidacji barier architektonicznych

.....  
 ..... 2

2. Przewidywany koszt realizacji zadania.....

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

4. 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:

.....  
 .....

5. Wykaz planowanych przedsięwzięć w celu likwidacji barier architektonicznych (likwidujących utrudnienia w budynku, które ze względu na rozwiązania techniczne konstrukcyjne lub warunki użytkowania uniemożliwiają lub utrudniają swobodę poruszania się osobie niepełnosprawnej (w kolejności od najważniejszej dla Wnioskodawcy)

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

6. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków Funduszu, .....

7. Deklarowany udział własny Wnioskodawcy i / lub z innych źródeł\*

1. deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania - ponad obowiązkowe 5 %	%
2. deklarowany i udokumentowany % pokrycia kosztów realizacji zadania z innych źródeł	%
Dane ewentualnego sponsora	

Upředzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks Karny (Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553 z późn.zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.



## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej\* :

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego: stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby:

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:

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

4. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie:

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

.....  
\* Wypełnić czytelnie w języku polskim

.....  
(stempel i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenia)