



Pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek



Data wpływu kompletnego wniosku

## WNIOSEK

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

### I. Dane Wnioskodawcy

*(osoba dorosła lub małoletnia) - proszę wypełnić drukowanymi literami*

..... syn/córka.....  
imię i nazwisko imię ojca

seria ..... nr..... wydany w dniu..... przez.....  
nr PESEL..... miejscowość.....  
ulica..... nr domu..... nr lokalu..... nr kodu.....  
poczta..... gmina..... powiat.....  
nr telefonu.....

### II. Stopień niepełnosprawności <sup>1</sup>

<b>1. Znaczny</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>Inwalidzi I grupy</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>Osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny, dotyczy orzeczeń, które zostały wydane przed 01.01.1998 rokiem.</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>Osoby w wieku do lat 16, które mają wydane orzeczenie o niepełnosprawności.</li></ul>	
<b>2. Umiarkowany</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>Inwalidzi II grupy</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>Osoby całkowicie niezdolne do pracy</li></ul>	
<b>3. Lekki</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>Pozostali inwalidzi III grupy</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>Osoby częściowo niezdolne do pracy</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>Osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, dotyczy orzeczeń, które zostały wydane przez 01.01.1998 rokiem.</li></ul>	

<sup>1</sup> wstawić X we właściwej rubryce

\* niepotrzebne skreślić

### III. Rodzaj niepełnosprawności <sup>1</sup>

1. Dysfunkcja narządu ruchu / wózek inwalidzki */ brak dłoni lub rąk *	
2. Inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. Dysfunkcja narządu wzroku	
4. Dysfunkcja narządu słuchu	
5. Dysfunkcja narządu mowy	
6. Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
7. Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

### IV. Sytuacja zawodowa <sup>1</sup>

1. Zatrudniony* / prowadzący działalność gospodarczą*	
2. Młodzież 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. Korzystanie ze środków finansowych PFRON

Nr i data zawarcia umowy	Przyznana kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia (Kwota do zwrotu)

### VI. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą (w tym osoby niepełnosprawne)

Imię i nazwisko	Pokrewieństwo	Niepełnosprawność		Sytuacja zawodowa
		Stopień <sup>2</sup>	Rodzaj <sup>3</sup>	
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

<sup>1</sup> wstawić X we właściwej rubryce

<sup>2</sup> wstawić właściwe oznaczenie cyfrowe z tablicy II

<sup>3</sup> wstawić właściwe oznaczenie cyfrowe z tablicy III

\* niepotrzebne skreślić

## VII. Sytuacja mieszkaniowa - opis budynku i mieszkania

1. Wnioskodawca zamieszkuje samotnie\*, z rodziną\*, z osobami nie spokrewnionymi\*.
2. Dom jednorodzinny\*, wielorodzinny prywatny\*, wielorodzinny komunalny\*, wielorodzinny spółdzielczy\*, 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. W mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej\*, ciepłej\*, kanalizacja\*, centralne ogrzewanie\*, prąd\*, gaz\*.
8. Inne informacje o warunkach mieszkaniowych: złe\*, przeciętne\*, dobre\*, bardzo dobre\*

.....

\* niepotrzebne skreślić

## VIII. Proszę o dofinansowanie (wykaz planowanych przedsięwzięć, inwestycji, zakupów, w celu likwidacji barier i przewidywany koszt) w kolejności od najważniejszego dla Wnioskodawcy

.....	.....zł
.....	.....zł
.....	.....zł
.....	.....zł
.....	.....zł
.....	.....zł
.....	.....zł
.....	.....zł
.....	.....zł
.....	.....zł

rodzaj usługi

cena

## IX. Cel likwidacji barier

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

## X. Termin rozpoczęcia i przewidywany termin realizacji zadania

.....
-------

**XI. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON**

.....zł

(słownie:.....zł)

co stanowi.....% ceny brutto

**XII. Deklarowany udział własny (obowiązkowe minimum 5%)**

.....zł

(słownie:.....zł)

co stanowi.....% ceny brutto

**XIII. Informacja o ewentualnym dofinansowaniu z innych źródeł, przeznaczonym na ten cel.**

.....

.....  
*Czytelny podpis wnioskodawcy,  
przedstawiciela ustawowego, pełnomocnika*

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

..... syn/córka.....

imię i nazwisko

imię ojca

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

nr PESEL..... miejscowość.....

ulica..... nr domu..... nr lokalu..... nr kodu.....

poczta..... gmina..... powiat.....

nr telefonu.....

ustanowiony opiekunem\* / pełnomocnikiem\*.....

(postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia..... sygn. akt

...../ na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez

Notariusza..... z dnia.....

repet. nr.....)

\* niepotrzebne skreślić

### **Załączniki do wniosku:**

1. Kopia dokumentów potwierdzających niepełnosprawność Wnioskodawcy (**oryginał do wglądu**).
2. Kopia dokumentów potwierdzających niepełnosprawność osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób (**oryginały do wglądu**).
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, (**czytelne, w języku polskim**).

### **Uwagi:**

1. O dofinansowanie na likwidację barier architektonicznych mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, które **mają trudności w poruszaniu się**.
2. Wysokość dofinansowania wynosi do 95% kosztów przedsięwzięcia, nie więcej jednak niż równowartość piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia.
3. Wnioski można składać w każdym czasie.
4. Podstawę dofinansowania stanowi umowa zawarta pomiędzy Wnioskodawcą i Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Łęcznej – **przed podpisaniem umowy nie należy dokonywać zakupu i wykonywać prac związanych z likwidacją barier architektonicznych!**

# Oświadczenie

## I.

Pouczony o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 Ustawy z 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy\* oświadczam co następuje:

Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: .....  
(uprawniony, jego współmałżonek / małżonka / i dzieci)

**Przeciętny miesięczny dochód  
w przeliczeniu na jednego członka**

**wspólnego gospodarstwa domowego wynosi\*\*** .....

(słownie:.....)

\*\* **Przeciętny miesięczny dochód**, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, złożenia wniosku .

### \*art. 233

§1 Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§2 Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swych uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania lub odebrał od niego przyrzeczenie.

## II.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r., o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2016 poz. 922) dotyczących mojej osoby (mojego małoletniego dziecka) przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Łęcznej w ramach realizacji zadania dofinansowania likwidacji barier funkcjonalnych ze środków Państwowego Funduszu Osób Niepełnosprawnych.

## III.

Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

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

## IV.

Oświadczam, że jestem świadomy/a grożącej mi odpowiedzialności karnej za podanie we wniosku nieprawdy.

.....  
Data

.....  
Podpis osoby składającej  
oświadczenie

**Zaświadczenie lekarskie  
o rodzaju niepełnosprawności**  
Proszę wypełnić czytelnie w języku polskim

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia ..... PESEL .....

Adres zamieszkania .....

Rozpoznanie( czytelnie w języku polskim).....

.....

.....

.....

Niepełnosprawność dotyczy narządu / układu .....

**Sprawność**

**kończyn górnych:**

**pełna**

częściowo ograniczona

całkowicie niesprawne

**kończyn dolnych:**

**pełna**

częściowo ograniczona

całkowicie niesprawne

**Osoba porusza się:**

**samodzielnie**

z częściową pomocą

wyłącznie z pomocą

na wózku inwalidzkim

jest osobą leżącą

**Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne:**

1. oprotezowanie / zaaparatowanie kończyn górnych (jednostronne, obustronne)

2. oprotezowanie / zaaparatowanie kończyn dolnych ( jednostronne, obustronne)

wózek inwalidzki

kule łokciowe

inne ( jakie ) .....

**Informacje uzupełniające (rokowania) :**

.....

.....

.....

.....

data

.....

pieczęć i podpis lekarza

\* Dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie