

WNIOSEK

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

Dane dotyczące Wnioskodawcy

Imię i nazwisko
dowód osobisty seria nr wydany w dniu
przez nr PESEL
Adres zamieszkania
nr telefonu

**Dane przedstawiciela ustawowego w przypadku osoby małoletniej lub opiekuna prawnego osoby
ubezwłasnowolnionej lub pełnomocnika:**

Imię i nazwisko
Adres zamieszkania.....
dowód osobisty seria nr wydany w dniu
przez nr PESEL

Ustanowiony opiekun/pełnomocnik na podstawie

.....
.....

Miejsce realizacji zadania

Przedmiot dofinansowania

Cel dofinansowania

.....

Nazwa banku i numer rachunku bankowego Wnioskodawcy:

.....
.....

Wykaz planowanych przedsięwzięć w celu realizacji zadania;

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

Przewidywany koszt realizacji zadania

Kwota wnioskowana:

Deklarowany udział własny poza obowiązkowym /%/

Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

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

Przyznane wcześniej środki PFRON (należy podać nr zawartej umowy, cel, datę dofinansowania, stan rozliczenia):

Informacja o innych źródłach finansowania zadania

Oświadczenia:

Niniejszym oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach rodzinnych, , obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób wynosizł. liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi co w przeliczeniu na jedną osobę we wspólnym gospodarstwie domowym dochód wynosizłotych.

Świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 – Kodeksu Karnego oświadczam, że dane podane przeze mnie we wniosku oraz w załącznikach są zgodne z prawdą. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.

W przypadku wykrycia faktu wprowadzenia w błąd organu rozpatrującego wniosek, podania nieprawdziwych informacji, zobowiązuje się do zwrotu pełnej kwoty udzielonego dofinansowania wraz z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonania przez PCPR płatności tego dofinansowania, w terminie wskazanym przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Radomiu.

.....
(data i podpis Wnioskodawcy, opiekuna prawnego , pełnomocnika)

Oświadczam, że nie posiadam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Wciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie została ze mną rozwiązana umowa zawarta z PFRON z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o konieczności samodzielnego wyboru wykonawcy w zakresie realizacji zadania.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, iż dofinansowaniu nie podlegają koszty realizacji zadania poniesione przed zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON. Wszelkie prace oraz zakupy można rozpocząć dopiero po podpisaniu umowy.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, iż dofinansowaniu podlegają koszty do 95 % zatwierdzonej wartości kosztorysu ofertowego.

.....
(data i podpis Wnioskodawcy, opiekuna prawnego , pełnomocnika)

Oświadczenia

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych we wniosku złożonym w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Radomiu na potrzeby realizacji wniosku.
2. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej o zakresie ochrony danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Radomiu oraz znam przysługujące mi prawa.

.....
(data i podpis Wnioskodawcy, opiekuna prawnego , pełnomocnika)

Wymagane do wniosku załączniki:

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub w przypadku dziecka kopia orzeczenia o niepełnosprawności
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności uzasadniające konieczność realizacji zadania (druk w załączeniu)
3. Dokumentacja potwierdzająca prawo własności nieruchomości lub użytkowania wieczystego nieruchomości, w której wystąpiły bariery architektoniczne/ aktualny wyciąg z księgi wieczystej/
4. Pisemna zgoda właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego na likwidację barier, w przypadku, gdy wnioskodawca nie jest właścicielem lokalu/budynku.
5. Zaświadczenie potwierdzające stałe zameldowanie Wnioskodawcy w budynku/lokalu, w którym wystąpiły bariery architektoniczne.
6. Zaświadczenie/Postanowienie sądu dot. ustanowienia opiekuna prawnego dla osoby niepełnosprawnej lub pełnomocnictwo. (jeśli dotyczy)

Opinia merytoryczna wniosku

.....

.....

.....

.....

.....

data i podpis pracownika

Decyzja o przyznaniu dofinansowania

.....

.....

.....

.....

data i podpis Dyrektora PCPR

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
do potrzeb ubiegania się przez osobę niepełnosprawną o dofinansowanie
ze środków PFRON **likwidacji barier architektonicznych**

(proszę wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i Nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Nr PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

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

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności lub
orzeczenia o stopniu niepełnosprawności:

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

3. Uzasadnienie celowości likwidacji barier architektonicznych w aspekcie indywidualnych
potrzeb osoby niepełnosprawnej:

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

.....
miejscowość i data

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie