

.....  
numer wniosku

.....  
data wpływu wniosku

## WNIOSEK

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
likwidacji barier architektonicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osoby  
niepełnosprawnej**

### Dane Wnioskodawcy (OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ)

**IMIĘ I NAZWISKO** ....., Dowód osobisty

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

ważny do ..... nr PESEL .....

Adres zamieszkania .....

numer telefonu .....

### Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik (proszę wstawić X w odpowiednim miejscu)

1. Znaczny, <ul style="list-style-type: none"><li>• inwalidzi I grupy</li><li>• osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji</li><li>• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny</li><li>• dziecko do 16 roku życia z orzeczoną niepełnosprawnością</li></ul>	
2. Umiarkowany <ul style="list-style-type: none"><li>• inwalidzi II grupy</li><li>• osoby całkowicie niezdolne do pracy</li></ul>	
3. Lekki <ul style="list-style-type: none"><li>• inwalidzi III grupy</li><li>• osoby częściowo niezdolne do pracy</li><li>• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym</li></ul>	

### Główna dysfunkcja najbardziej utrudniająca funkcjonowanie (proszę wstawić X w odpowiednim miejscu)

Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
Inna dysfunkcja narządu ruchu bez konieczności korzystania z wózka inwalidzkiego	
Wrodzony brak lub amputacja obydwu dłoni lub rąk	
Dysfunkcja narządu wzroku	

Inne, jakie:	
.....	
.....	

**Sytuacja zawodowa (proszę wstawić X w odpowiednim miejscu)**

Zatrudniony / prowadzący działalność gospodarczą	
Osoba w wieku od 18 lat do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca	
Osoba pracująca i ucząca się	
Bezrobotny/a zarejestrowany/a w urzędzie pracy	
Bezrobotny poszukujący/a pracy zarejestrowany/a w urzędzie pracy	
Osoba nieaktywna zawodowo / nie poszukująca pracy	
Dzieci i młodzież do lat 18	

**Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i mieszkania (\*niepotrzebne skreślić)**

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. w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej \*, ciepłej, kanalizacja \*, centralne ogrzewanie \*, prąd\*, gaz\*
  8. inne informacje o warunkach mieszkaniowych .....
- .....

**Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje**

1. samotnie	
2. z rodziną	
3. z osobami nie spokrewnionymi	

**Dochody i liczba członków gospodarstwa domowego**

**Oświadczam, że** (zaznaczyć właściwe):

- prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe
- prowadzę wspólne gospodarstwo domowe

Oświadczam, że 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, słownie .....

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi .....

**Informacja o korzystaniu ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON				tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
Cel (zadanie, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało dofinansowane ze środków PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Stan rozliczenia	
.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	
<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>					

**Przedmiot dofinansowania**

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

**Miejsce realizacji zadania**

.....

**Cel dofinansowania**

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

**Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier i orientacyjny koszt (w kolejności od najważniejszego dla Wnioskodawcy)**

.....  
 .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
**Przewidywany koszt realizacji zadania w zł**

cyframi: ..... słownie: .....

.....  
**Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania w zł (do 95% planowanych kosztów):**

cyframi: ..... słownie: .....

.....  
**Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:**

.....,  
**Nazwę banku i numer rachunku bankowego:**

.....,  
**Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania:**

.....,  
**Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania (oprócz formy opisowej należy załączyć do wniosku odpowiedni dokument potwierdzający inne źródła finansowania):**

.....,  
Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.

Oświadczam, że posiadam środki na pokrycie udziału własnego w kosztach zadania.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Świadoma/y odpowiedzialności karnej oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się niezwłocznie poinformować.

.....  
data

.....  
(podpis Wnioskodawcy\*, przedstawiciela ustawowego\*  
opiekuna prawnego\* pełnomocnika\*)

**Dane przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekuna prawnego lub pełnomocnika**

**IMIĘ I NAZWISKO** ....., **Dowód osobisty**

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

ważny do ..... **nr PESEL** .....

Adres zamieszkania .....

numer telefonu .....

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

(postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia ..... sygn. akt\* /na mocy pełnomocnictwa

potwierzonego przez Notariusza ..... z dnia .....

repet. Nr .....).

\* niepotrzebne skreślić

## **Załączniki do wniosku:**

### **Do I etapu**

1. Kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (tj. Dz.U.2018, poz. 511 z późniejszymi zmianami) – oryginał do wglądu.
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności oraz związanymi z nią problemami w poruszaniu się (ważne 3 miesiące).
3. Aktualny wypis z księgi wieczystej (lub wydruk komputerowy ze strony [www.ekw.ms.gov.pl](http://www.ekw.ms.gov.pl)) założonej dla nieruchomości, na której mają być przeprowadzone prace w ramach likwidacji barier architektonicznych. W przypadku braku księgi wieczystej inny dokument potwierdzający jego własność.
4. Pisemna zgoda właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego na likwidację barier architektonicznych (dotyczy Wnioskodawców którzy stale zamieszkują w lokalu, a nie są jego właścicielami lub użytkownikami wieczystymi).
5. Postanowienie Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego – w przypadku, gdy Wnioskodawca jest osobą ubezwłasnowolnioną.
6. Pełnomocnictwo notarialne - w przypadku w imieniu Wnioskodawcy z wnioskiem występuje jego pełnomocnik.

### **Do II etapu**

1. Szkic mieszkania.
2. Projekt i kosztorys, pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach).
3. Zgoda właściciela budynku (w koniecznych przypadkach).
4. Przyjęte pełnomocnictwo inwestora zastępczego.
5. ....