

data wpływu wniosku

PCPR. _____

W N I O S E K
o dofinansowanie do likwidacji barier technicznych
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 ich nadania)
4. Dowód osobisty: Seria Nr wydany w dniu przez ważny do dnia
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 technicznych ze środków PFRON (zaznacz właściwe):

Tak (podać rok) Nie

11. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

.....

12. Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje (zaznacz właściwe):

Samotnie / z rodziną / z osobami niespokrewnionymi

13. 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)

14. Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania do likwidacji barier.

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

15. Przedmiot dofinansowania:

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

16 Przewidywany koszt realizacji zadania: zł., w tym:

- kwota wnioskowanazł.

17. Informacja o kwotach przyznanych wcześniej z środków Funduszu z określeniem numeru zawartej umowy, celu i daty przyznania dofinansowania oraz stanu rozliczenia (3 lata od daty złożenia wnioski) :

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

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

1) imię (imiona) i nazwisko:

2) adres zamieszkania (miejsce pobytu osoby bezdomnej)

Miejscowość:, ul. Nr domu Nr lokalu kod
..... - Poczta Gmina

3) PESEL:

4) dowód osobisty: Seria Nr wydany w dniu
przez ważny do dnia.....

5) telefon stacjonarny: / komórkowy:

6) Postanowienie Sądu w Z dnia..... sygn.. akt.....

1. Niezbędne załączniki do wniosku

- 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 1998r., wnioskodawcy,
- 2) aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, zgodnie ze załącznikiem nr 1
- 3) postanowienie sądu o ubezwłasnowolnieniu i wyznaczeniu opiekuna prawnego,
- 4) potwierdzenie notarialne pełnomocnictwa do załatwiania spraw w imieniu wnioskodawcy.
- 5) zgoda właściciela budynku lub lokalu mieszkalnego, jeżeli taka zgoda jest wymagana.
- 6) kosztorys ofertowy

.....
(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

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)

UWAGA !

- 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.
- Zgodnie z § 9 ust. 3 dofinansowanie likwidacji barier technicznych nie przysługuje osobom niepełnosprawnym, które w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku uzyskały odpowiednio na te cele dofinansowanie ze środków Funduszu.
- Zgodnie § 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)

