

data wpływu wniosku

PCPR. _____

W N I O S E K
o dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych
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 jego nadania).....
4. Dowód osobisty: Seria Nr wydany w dniu przez
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,

<p>5) niepełnosprawność intelektualna (upośledzenie umysłowe),</p> <p>6) niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia,</p> <p>7) inna (jaka?)</p>
<p>8. Sytuacja zawodowa (zaznacz właściwe)</p> <p>1) zatrudniony / prowadzący działalność gospodarczą,</p> <p>2) osoba w wieku 18-24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca,</p> <p>3) bezrobotny poszukujący pracy / rencista poszukujący pracy,</p> <p>4) rencista / emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy,</p> <p>5) dzieci i młodzież do 18 lat.</p>
<p>9. Wykształcenie wnioskodawcy (zaznacz właściwe):</p> <p>niepełne podstawowe / podstawowe / gimnazjalne / zawodowe / średnie ogólnokształcące / średnie zawodowe / policealne / wyższe / wyższe ze stopniem naukowym / nie dotyczy</p>
<p>10. Korzystałem(am) z dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych ze środków PFRON (zaznacz właściwe)</p> <p>Tak , proszę podać rok Nie</p>
<p>11. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:</p> <p>.....</p>
<p>12. Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuję (zaznacz właściwe): samotnie / z rodziną / z osobami niespokrewnionymi</p>
<p>13. Opis budynku i mieszkania (zaznacz właściwe):</p> <p>1) dom jednorodzinny/wielorodzinny prywatny/wielorodzinny komunalny/wielorodzinny spółdzielczy,</p> <p>2) inne(jakie?),</p> <p>3) budynek parterowy/piętrowy/mieszkanie na piętrze,</p> <p>4) przybliżony wiek budynku lub rok budowy:,</p> <p>5) opis mieszkania: pokoje (podać liczbę)/ z kuchnią/ bez kuchni/ z łazienką/ bez łazienki/ z wc/ bez wc,</p> <p>6) łazienka jest wyposażona w: wannę/ brodzik/ kabinę prysznicową/ umywalkę/ sedes/ bidet,</p> <p>7) w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej/ ciepłej/ kanalizacja/ centralne ogrzewanie/ prąd/ gaz,</p> <p>8) inne ważne informacje o warunkach mieszkaniowych: </p> <p>9) warunki mieszkaniowe:</p> <p>1) złe,</p> <p>2) przeciętne,</p> <p>3) dobre,</p> <p>4) bardzo dobre.</p>
<p>14. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą (w tym niepełnosprawne)</p>

Imię i nazwisko / pokrewieństwo / wiek / niepełnosprawność (stopień i rodzaj)

1)
2)
3)
4)

5)
6)
7)
8)

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

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

16. Przedmiot dofinansowania:

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

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

- deklarowany udział własny w kwocie zł,
- kwota wnioskowana: zł

18. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:

od do

19. Informacja o kwotach przyznanych wcześniej środków Funduszu z określeniem numeru zawartej umowy, celu i daty przyznania dofinansowania oraz stanu rozliczenia:

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

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

a) Imię (imiona) i Nazwisko:

b) Adres zamieszkania (miejsce pobytu osoby bezdomnej)

Miejscowość:, ul. Nr domu Nr lokalu kod -

PocztaGmina

c) PESEL:

d) dowód osobisty: Seria Nrwydany w dniu..... przez

e) telefon stacjonarny:/komórkowy:.....

f) postanowienie Sądu w z dnia sygn. akt.....

21. Niezbędne załączniki do etapu I

- 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 1998 r. wnioskodawcy,
- 2) Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (akt własności, umowa najmu, zgoda właściciela budynku na przeprowadzenie remontu będącego przedmiotem wniosku)
- 3) poświadczenie zameldowania na stałe,
- 4) aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o stanie zdrowia, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 1,
- 5) zaświadczenie dyrektora powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy,
- 6) postanowienie sądu o ubezwłasnowolnieniu i wyznaczeniu opiekuna prawnego,
- 7) potwierdzenie notarialne pełnomocnictwa do załatwiania spraw w imieniu wnioskodawcy.

22. Niezbędne załączniki do etapu II

- 1) kosztorys,

.....
(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 zł*.
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)

POUCZENIE

*przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

UWAGA !

1. 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.
2. Zgodnie z § 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)

