

II.A. Rodzaj źródła utrzymania

wynagrodzenie za pracę*, przychody z działalności gospodarczej*, renta stała*, emerytura* renta okresowa*, renta szkoleniowa*, zasiłek dla bezrobotnych*, zasiłek socjalny*, stypendium* alimenty*, inne :

III.A. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i mieszkania. (właściwe zakreślić)

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);
niepotrzebne skreślić: 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*, instalacja wody ciepłej*, kanalizacja*, centralne ogrzewanie*, prąd*, gaz*
8. inne informacje o warunkach mieszkaniowych (**przeszkody, bariery**)
-
-
-

III.B. Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje (właściwe zaznaczyć)

- a) samotnie
- b) z rodziną
- c) z osobami nie spokrewnionymi

III.C. 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 wynosizł

Liczba osób w gospodarstwie domowym wynosi.....

IV. Informacje o kwotach przyznanych wcześniej środków Funduszu

Lp.	Nr i data zawartej umowy	Kwota	Cel	Stan rozliczenia

V. Deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania

– ponad obowiązkowe 5 %

VI. Przedmiot likwidacji barier architektonicznych, miejsce realizacji:

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

VII. Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycje, zakup) w celu likwidacji bariery i orientacyjny koszt:

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

VIII. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania.....

.....

IX. Informacje o ogólnej wartości dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania:

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

X. Przewidywany koszt realizacji zadania.....zł.

XI. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania.....zł.

(słownie.....)

XII. Inwestor zastępczy (inspektor nadzoru) wybrany przez Wnioskodawcę:

.....
.....

(nazwa i dokładny adres z numerem kodu, nr telefonu)

- Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON.
- Oświadczam, że nie została zerwana żadna umowa dotycząca finansowania ze środków PFRON, w ciągu ostatnich 3 lat przed złożeniem wniosku, z przyczyn leżących po mojej stronie (jeżeli zawierane były jakieś umowy).
- W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuje się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem*/ kosztem wykonania usługi* pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków PFRON kwotą dofinansowania.
- **Świadoma/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks Karny (Dz.U. z 2017r. poz. 2204 t.j.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.**
- **O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się informować w ciągu 14 dni.**
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2016r. poz.922).

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

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

Imię i nazwisko

nr PESEL

Ulica nr domu nr lokalu

Nr kodu miejscowość nr telefonu

Powiat województwo

Ustanowiony opiekunem*/pełnomocnikiem*

(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. syg. akt*/ na mocy
 pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dn.
 repet. Nr

* niepotrzebne skreślić

Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub art. 62 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (j.t. Dz. U. z 2018r. poz. 511), a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998r.
2. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności, stanie zdrowia.
4. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych.
5. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania.
6. Udokumentować własność nieruchomości lub użytkowanie wieczyste nieruchomości lub zgoda właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego w którym zamieszkuje Wnioskodawca.
7. Projekty: stan aktualny i stan po likwidacji barier.
8. Kosztorys z zakresem planowanych prac.
9. Pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach)
10. Przyjęte pełnomocnictwo inwestora zastępczego.

Wypełnia PCPR

Opinia merytoryczna dotycząca poprawności rozwiązań technicznych i kosztów likwidacji barier

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

.....
(data i podpis)

Decyzja o przyznaniu dofinansowania

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

.....
(data)

.....
(akceptacja Dyrektora PCPR)