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

Nr sprawy/rejestru wniosków Data wpływu Wniosku

**WNIOSEK**

**O UDZIELENIE DOFINANSOWANIA NA LIKWIDACJĘ BARIER**

**ARCHITEKTONICZNYCH DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

**A. Dane dotyczące Wnioskodawcy** ( w przypadku małoletnich /dzieci i młodzież do lat 18/ dane o dziecku

wypełnia rodzic lub opiekun prawny )

Nazwisko i imię/imiona ................................................................................................................................

numer NIP .................................................................................Pesel.........................................................

Adres zamieszkania: kod pocztowy................................miejscowość..............................................................

ulica.................................................nr domu ................nr lokalu................nr telef. ....................................

nr rachunku bankowego...............................................................................................................................

nazwa banku...............................................................................................................................................

**B. Dane dotyczące dziecka** ( wpisać w przypadku, gdy osobą niepełnosprawną jest dziecko )

Nazwisko i imię/imiona ................................................................................................................................

data i miejsce urodzenia..............................................................Pesel..........................................................

Adres zamieszkania kod pocztowy................................miejscowość...............................................................

ulica................................................................................nr domu ...........................nr lokalu.......................

1. **RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** ( wstawić X we właściwe pole )

|  |  |
| --- | --- |
| Dysfunkcja narządów ruchu: z koniecznością poruszania się na wózku  inwalidzkim\*; brak lub amputacja dłoni lub rąk\*; amputacja nóg\* |  |
| Inna dysfunkcja narządów ruchu ( opisać jaka ) |  |
| Dysfunkcja narządów wzroku |  |
| Dysfunkcja narządów słuchu lub mowy |  |
| Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia ( opisać z jakiego powodu ) |  |

1. **STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** ( wstawić X we właściwej rubryce )

|  |  |
| --- | --- |
| Znaczny ( inwalida I grupy ) |  |
| Umiarkowany ( inwalida II grupy ) |  |
| Lekki ( inwalida III grupy ) |  |
| Dziecko z orzeczoną niepełnosprawnością ( do lat 16 ) |  |
| Osoby o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym  na podstawie orzeczenia wydanego przed 1998 r. |  |

1. **SYTUACJA ZAWODOWA** ( wstawić X we właściwej rubryce )

|  |  |
| --- | --- |
| Zatrudniony\*/ prowadzący działalność gospodarczą\* |  |
| Młodzież od 18 do 24 lat ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca\* |  |
| Bezrobotny poszukujący pracy\*/ rencista poszukujący pracy\* |  |
| Rencista\*/ emeryt\* nie zainteresowany podjęciem pracy |  |
| Dzieci i młodzież do 18 roku życia |  |

**IV. SYTUACJA MIESZKANIOWA**

**A. Opis budynku i mieszkania**

Dom jednorodzinny\*, wielorodzinny prywatny\*, wielorodzinny komunalny\*, wielorodzinny spółdzielczy\*,

inne\*....................................................................................................................................................

Budynek parterowy\*, piętrowy\*, mieszkanie na ..................................................... ( podać kondygnację )

Przybliżony wiek budynku lub rok budowy................................................................................................

Opis mieszkania: pokoje..........( podać liczbę ), z kuchnią\*, bez kuchni\*, z łazienką\*, bez łazienki\*, z wc\*,

bez wc\*, łazienka wyposażona jest w wannę\*, brodzik\*, kabinę prysznicową\*, umywalkę\*.

W mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej\*, ciepłej\*, kanalizacja\*, centralne ogrzewanie\*, prąd\*, gaz\*

Inne informacje o warunkach mieszkaniowych ( utrudnieniach dla osoby niepełnosprawnej )......................

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

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

\* niepotrzebne skreślić

**B. Sytuacja mieszkaniowa**

Osoba zamieszkująca samotnie\*, osoba zamieszkująca z rodziną, osoba zamieszkująca z innymi osobami nie

spokrewnionymi\*.

**C. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.wnioskodawca** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **POZOSTALI CZŁONKOWIE WSPÓLNEGO**  **GOSPODARSTWA DOMOWEGO** | **STOPIEŃ I RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** | **ŚREDNI MIESIĘCZNY**  **DOCHÓD NETTO** |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |
| 7. |  |  |
| 8. |  |  |

**V. INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON W PRZECIĄGU OSTATNICH TRZECH LAT**

**( TAK\*/NIE\* ):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CEL DOFINANSOWANIA | NUMER UMOWY | KWOTA PRZYZNANEGO  DOFINANSOWANIA | STAN ROZLICZENIA |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**VI. CEL DOFINANSOWANIA LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH**

Wskazanie istniejących barier architektonicznych, opis obecnej sytuacji mieszkaniowej wnioskodawcy,

**wykazanie/uzasadnienie** ,że usunięcie barier poprawi sytuację osoby niepełnosprawnej.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**VII. MIEJSCE REALIZACJI PRZEDSIĘWZIĘCIA (adres).**

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

**VIII. WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ I ZAKUPÓW W CELU LIKWIDACJI BARIER**

**( w kolejności od najważniejszych dla wnioskodawcy).**

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

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

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

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

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

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

**IX. PRZEWIDYWANY KOSZT REALIZACJI ZADANIA** (łączna kwota z oferty kosztorysowej)……………….zł

słownie.......................................................................................................................................................

w tym deklarowany wkład własny ( minimum 5% łącznej kwoty przedsięwzięcia).........................................zł

**wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON** ...............................................zł

**OŚWIADCZENIE:**

1. Przyjmuję do wiadomości, że administratorem zebranych danych osobowych jest Powiatowe Centrum

Pomocy Rodzinie w Tczewie, ul. Wojska Polskiego 6.

2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji wniosku o dofinansowanie ze

środków PFRON do likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

zgodnie z art. 35 a ust. 1 pkt 7d ustawy z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz

zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2011 r. Nr 127 poz. 721 ze zmianami).

3. Oświadczam, że znam prawo do wglądu, zmiany i żądania zaprzestania przetwarzania swoich danych.

4. Podanie danych jest dobrowolne.

5. Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r.-

Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 ze zmianami) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w

załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

6. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

…………………………………………………………..

(podpis Wnioskodawcy\*, przedstawiciela ustawowego\*, opiekuna

prawnego\*, pełnomocnika\*)

\* niepotrzebne skreślić

**Obowiązkowe załączniki do wniosku :**

1. Kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji

zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2011 r. Nr. 127, poz. 721 z

późniejszymi zmianami),

2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich

osób,

3. Oświadczenie o dochodach Wnioskodawcy i osób zamieszkujących wspólnie z Wnioskodawcą (Załącznik

nr 1),

4. Wstępny kosztorys ofertowy (Załącznik nr 2),

5. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, **jeżeli rodzaj**

**niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu** (Załącznik nr 3),

6. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier

architektonicznych (własność, umowa najmu),

7. Zgoda właściciela budynku (w koniecznych przypadkach).

W uzasadnionych przypadkach może być wymagane pozwolenie na budowę, projekt budowlany lub wyciąg z

projektu budowlanego ze wskazaniem planowanych prac oraz zestawieniem kosztów planowanych prac lub

zakupów potwierdzonych przez inspektora budowlanego.