

...../...../.....
 numer kolejny wniosku / powiat / rok złożenia wniosku

.....
 / pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek /

.....
 data wpływu kompletnego wniosku (dzień, miesiąc, rok)

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
 likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

I. Dane dotyczące wnioskodawcy (proszę wypełnić drukowanymi literami)

.....syn/ córka *
 imię (imiona) i nazwisko imię ojca

seria nr wydany w dniu przez
 dowód osobisty

..... nr PESEL nr NIP

miejsowość ul. nr domu nr lokalu
 dokładny adres zamieszkania

nr kodu - poczta powiat

województwo numer telefonu/ faxu (numer kier.) (0-44)

II. Stopień niepełnosprawności ⁽¹⁾

1. znaczny,	
• inwalidzi I grupy,	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji,	
• osoby niezdolne do samodzielnej egzystencji,	
• osoby w wieku do 16 lat, które posiadają orzeczenie o niepełnosprawności	
2. umiarkowany,	
• inwalidzi II grupy,	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy,	
3. lekki,	
• inwalidzi III grupy,	
• osoby częściowo niezdolne do pracy,	
• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

III. Rodzaj niepełnosprawności ⁽¹⁾

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim, przy pomocy balkonika, kul lub kuli, jednoczesna dysfunkcja kończyny dolnej i górnej, jednoczesna dysfunkcja co najmniej jednej kończyny górnej i kończyn dolnych, jednoczesna dysfunkcja kończyn górnych i dolnych,	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządu słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność ogólnego stanu zdrowia	

⁽¹⁾ proszę wstawić X we właściwej rubryce

* niepotrzebne skreślić

IV. Sytuacja zawodowa ⁽¹⁾

1. zatrudniony/ prowadzący działalność gospodarczą *	
2. osoba w wieku od lat 18 do 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 lat 18	

V. Sytuacja mieszkaniowa – warunki mieszkaniowe ⁽¹⁾ (wypełnia pracownik MOPR-CRZiSON)

1. złe	
2. przeciętne	
3. dobre	
4. bardzo dobre	

VI. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i mieszkania

- dom jednorodzinny *, wielorodzinny prywatny *, wielorodzinny komunalny *, wielorodzinny spółdzielczy *, inne
- budynek parterowy *, piętrowy * mieszkanie na (proszę 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 *, muszlę ustępową *,
- w mieszkaniu jest : instalacja wody zimnej *, ciepłej *, kanalizacja sanitarna *, centralne ogrzewanie *, prąd *, instalacja gazowa *,
- inne informacje o warunkach mieszkaniowych

VII. Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje ⁽¹⁾

1. samotnie	
2. z rodziną	
<input checked="" type="checkbox"/> osobami nie spokrewnionymi	

VIII. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą (w tym osoby niepełnosprawne)

imię i nazwisko - pokrewieństwo	niepełnosprawność		dochód miesięczny brutto (zł)
	stopień ⁽²⁾	rodzaj ⁽³⁾	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

⁽¹⁾ proszę wstawić X we właściwej rubryce

⁽²⁾ proszę wstawić właściwe oznaczenie cyfrowe z tablicy II

⁽³⁾ proszę wstawić właściwe oznaczenie cyfrowe z tablicy III

* niepotrzebne skreślić

XIII. Przedmiot dofinansowania- wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier architektonicznych, oraz orientacyjny ich koszt (w kolejności od najważniejszego dla Wnioskodawcy)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ogólna orientacyjna wartość prac/ zakupu urządzeń* wyszczególnionych w pkt. XIII wynosi : zł,
(słownie :.....)

XIV. Łączna 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:zł,

(słownie:.....),

W przypadku poniesienia nakładów finansowych należy wymienić wykonane prace:
.....

XV. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:

termin rozpoczęcia.....
przewidywany czas realizacji zadania.....

XVI. Przewidywany koszt ogólny realizacji zadania oraz źródła finansowania zadania:

1. Przewidywany całkowity koszt realizacji zadania	zł.....
2. Deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania%
3. Inne źródła finansowania zadania (wymienić): a) b)%
4. Procent kosztów zadania do pokrycia ze środków PFRON (nie więcej niż 80%)%

XVII. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania w zł:

..... zł (słownie złotych:.....)

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

.....
(nazwa i dokładny adres z numerem kodu)

..... nr telefonu

Oświadczam, że posiadam/nie posiadam* zaległości wobec PFRON oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/nie byłam* stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy.

Uprowadzony/ uprowadzona* o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku – Kodeks Karny (Dz. U. Nr 80, poz.553) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować MOPR w Piotrkowie Trybunalskim w ciągu 14 dni.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. (Dz. U. z dnia 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.)

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

..... syn* / córka*

seria nr wydany w dniu przez

miejsowość ulica nr domu nr lokalu

nr kodu - poczta powiat

województwo numer telefonu/ faxu (numer kier.) (0-44)

ustanowiony opiekunem* / pełnomocnikiem*

(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. sygn. akt* na mocy pełnomocnictwa przez notariusza z dn.repet. nr

Załączniki do wniosku :

Do I etapu

1. Kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2008r. Nr 14, poz. 92).
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z Wnioskodawcą.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności (ważne 1 miesiąc od daty wystawienia).
4. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (poświadczenie powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy).
5. Zaświadczenie powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.
6. Kopia decyzji o przyznaniu świadczeń pomocy społecznej, jeśli takie występują.
7. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania.

Do II etapu

1. Szkic sytuacyjny mieszkania (stan obecny oraz po dokonaniu stosownych zmian).
2. Projekt i kosztorys szczegółowy, pozwolenie na budowę (w przypadku jeśli takie pozwolenie jest wymagane).
3. Zgoda właściciela budynku lub administratora (w koniecznych przypadkach).
4. Przyjęte pełnomocnictwo inwestora zastępczego.

Piotrków Trybunalski dnia

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

* niepotrzebne skreślić

Nr sprawy

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb MOPR Centrum Rehabilitacji Społecznej Osób Niepełnosprawnych –
likwidacja barier architektonicznych
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta

Data urodzenia PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej będącej przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności - opis schorzenia.

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

2. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące :

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

3. Pacjent wymaga/ nie wymaga* likwidacji barier architektonicznych, technicznych ewentualne potrzeby w tym zakresie

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

- niepotrzebne skreślić

4. Opis trudności w poruszaniu się (zakreślić właściwe):

- pacjent porusza się na wózku inwalidzkim
- pacjent porusza się przy pomocy kul lub kuli
- pacjent porusza się przy pomocy balkonika
- pacjent ma jednoczesną dysfunkcję kończyny dolnej i górnej powodującą trudności w poruszaniu się
- pacjent ma jednoczesną dysfunkcję co najmniej jednej kończyny górnej i kończyn dolnych powodującą trudności w poruszaniu się
- pacjent ma jednoczesną dysfunkcję kończyn górnych i dolnych powodującą trudności w poruszaniu się

inne schorzenia narządu ruchu – opisać jakie:

.....

.....

.....

Niepełnosprawność pacjenta dotyczy dysfunkcji:

narządu wzroku w stopniu.....

5. Trwałe naruszenie sprawności organizmu (zakreślić właściwe):

TAK

NIE

.....
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie