



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

## WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji  
Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych  
w związku z indywidualnymi potrzebami osób  
niepełnosprawnych

### Część A – DANE WNIOSKODAWCY

#### I. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

#### ADRES ZAMIESZKANIA

Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

**II. DANE PODOPIECZNEGO** Nie dotyczy

<b>Imię:</b>	
<b>Drugie imię:</b>	
<b>Nazwisko:</b>	
<b>PESEL:</b>	
<b>Data urodzenia:</b>	
<b>Płeć:</b>	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

**ADRES ZAMIESZKANIA**

<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	
<b>Nr telefonu:</b>	
<b>Adres e-mail:</b>	

**OPIEKUN USTANOWIONY/USTANOWIONA** Przedstawicielem ustawowym  Opiekunem prawnym:

<b>Postanowieniem Sądu Rejonowego:</b>	
<b>Z dnia:</b>	
<b>Sygnatura akt:</b>	

 Pełnomocnikiem, na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza:

<b>Imię i nazwisko:</b>	
<b>Z dnia:</b>	
<b>Repetitorium nr:</b>	

### III. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<b>Stopień niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<b>Grupa inwalidzka:</b>	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<b>Niezdolność:</b>	<input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<b>Osoby w wieku do 16 lat posiadające orzeczenie o niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie dotyczy

### IV. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim  
 Inna dysfunkcja narządu ruchu  
 Dysfunkcja narządu wzroku  
 Dysfunkcja narządu słuchu i mowy  
 Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)  Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia  Inny / jaki?

### V. SYTUACJA ZAWODOWA

- Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą  
 Osoba w wieku 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 lat 18  
 Inne / jakie?

### VI. SYTUACJA MIESZKANIOWA – ZAMIESZKUJE

- samotnie  z rodziną  
 z osobami niespokrewnionymi

## VII. OSOBY POZOSTAJĄCE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z WNIOSKODAWCĄ ORAZ OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI ICH DOCHODÓW NETTO

Przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych, pomniejszony o obciążenie podatkiem dochodowym osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał (trzy miesiące) poprzedzające miesiąc, w którym składany jest wniosek (netto).

Lp	Stopień pokrewieństwa	Stopień niepełnosprawności	Dochód miesięczny netto

## VIII. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych ze środków finansowych PFRON:

- nie korzystałem  
 korzystałem

## IX. CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

**Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU****I. PRZEDMIOT WNIOSKU**

<b>Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:</b>	
<b>Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):</b>	
Słownie:	
<b>Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:</b>	
Słownie:	
<b>co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:</b>	
<b>Deklarowane środki własne:</b>	
<b>Inne źródła finansowania:</b>	

**II. UZASADNIENIE**

**III. SYTUACJA MIESZKANIOWA – OPIS BUDYNKU I MIESZKANIA**

<b>Budynek:</b>	<input type="checkbox"/> dom jednorodzinny, <input type="checkbox"/> wielorodzinny prywatny, <input type="checkbox"/> wielorodzinny komunalny, <input type="checkbox"/> wielorodzinny spółdzielczy
<b>Ilość pięter:</b>	<input type="checkbox"/> budynek parterowy, <input type="checkbox"/> piętrowy, <input type="checkbox"/> mieszkanie na piętrze(którym?):
<b>Przybliżony wiek budynku lub rok budowy:</b>	
<b>Liczba pokoi:</b>	<input type="checkbox"/> + kuchnia, <input type="checkbox"/> + łazienka, <input type="checkbox"/> + wc
<b>Łazienka jest wyposażona w:</b>	<input type="checkbox"/> wannę, <input type="checkbox"/> brodzik, <input type="checkbox"/> kabinę prysznicową, <input type="checkbox"/> umywalkę
<b>W mieszkaniu jest:</b>	<input type="checkbox"/> instalacja wody zimnej, <input type="checkbox"/> ciepłej, <input type="checkbox"/> kanalizacja, <input type="checkbox"/> centralne ogrzewanie, <input type="checkbox"/> prąd, <input type="checkbox"/> gaz
<b>Inne informacje o warunkach mieszkaniowych:</b>	

**IV. WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER**

<b>Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:</b>	
<b>Miejsce realizacji zadania:</b>	
<b>Termin rozpoczęcia:</b>	
<b>Przewidywany czas realizacji:</b>	

## Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

### DANE RACHUNKU BANKOWEGO

na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku

<b>Numer rachunku bankowego:</b>	
<b>Nazwa banku:</b>	

### OŚWIADCZENIE

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, wynosił: ..... zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: .....

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

**Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (tekst jedn.: Dz.U. z 2019 r., poz. 1950, z późn. zm.) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych.

<i>Miejscowość</i>	<i>Data</i>	<i>Podpis Wnioskodawcy</i>

**Załączniki do wniosku :**

1. Zaświadczenie lekarskie potwierdzające konieczność przeprowadzenia likwidacji wnioskowanych barier.
2. Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności, dokumentu potwierdzającego stopień niepełnosprawności, grupę inwalidzką lub niezdolność do pracy, niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanym przed 1.01.1998 r.(oryginał do wglądu).
3. Kserokopia postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego lub udzielonego pełnomocnictwa (oryginał do wglądu).
4. Potwierdzenie prawa do zajmowania lokalu (akt notarialny, umowa najmu, przydziału lub inne).
5. Zgoda właściciela lokalu na przeprowadzenie likwidacji wnioskowanych barier architektonicznych – w uzasadnionych przypadkach.

**Załącznik Nr 1**

Chełm, dnia .....

(pieczętka Zakładu Opieki Zdrowotnej)

**Zaświadczenie lekarskie**

Zaświadczam, iż Pan/i:

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia ..... seria i nr dowodu osobistego .....

Zamieszkały/a .....

Stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności

.....  
(opisać rodzaj niepełnosprawności)  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Wymaga likwidacji barier architektonicznych, utrudniających wykonywanie podstawowych codziennych czynności:**

.....  
(rodzaj i zakres wnioskowanych prac adaptacyjnych)  
.....

Uzasadnienie:

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

.....  
(podpis i pieczętka lekarza specjalisty)