

DATA WPŁYWU WNIOSKU

WNIOSEK
O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU
REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH
W MIEJSCU ZAMIESZKANIA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

1. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY	DANE PERSONALNE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO, OPIEKUNA PRAWNEGO, PEŁNOMOCNIKA
Imię.....	Imię.....
Nazwisko.....	Nazwisko.....
Adres zamieszkania	Adres zamieszkania
.....
Dzielnica .....	.....
Telefon	Telefon
Stan cywilny:*	Dowód osobisty seria nr
Data urodzenia	Wydany przez
Dowód osobisty seria nr	Data wydania Ważny do
Wydany przez	PESEL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Data wydania Ważny do	
PESEL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

* w pozycji stan cywilny należy wpisać odpowiedni: panna, kawaler, mężatka, żonaty, rozwiedziona, rozwiedziony, wdowa, wdowiec

2. INFORMACJE O POSIADANEJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI*

- znaczny stopień niepełnosprawności /całkowita niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji /I grupa inwalidzka
- umiarkowany stopień niepełnosprawności/całkowita niezdolność do pracy /II grupa inwalidzka
- lekki stopień niepełnosprawności /częściowa niezdolność do pracy /III grupa inwalidzka
- orzeczenie o niepełnosprawności (dzieci do 16 roku życia)

Ważność dokumentu* stała okresowa do

3. INFORMACJA O RODZAJU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY:

- DYSFUNKCJA NARZĄDU RUCHU Z KONIECZNOŚCIĄ PORUSZANIA SIĘ NA WÓZKU INWALIDZKIM
- DYSFUNKCJA NARZĄDU RUCHU – OSOBA LEŻĄCA
- INNA DYSFUNKCJA NARZĄDU RUCHU, Z KONIECZNOŚCIĄ PORUSZANIA SIĘ PRZY POMOCY:
- BALKONIKA, ŁASKI, KUL itp. OSÓB DRUGICH

- DYSFUNKCJA NARZĄDU RUCHU, POZWALAJĄCA NA SAMODZIELNE PORUSZANIE SIĘ
- WRODZONY BRAK ALBO AMPUTACJA DŁONI LUB RĄK
- DYSFUNKCJA NARZĄDU WZROKU
- DYSFUNKCJA NARZĄDU SŁUCHU I MOWY
- UPOŚLEDZENIE UMYŚLOWE
- NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ WYNIKAJĄCA Z OGÓLNEGO STANU ZDROWIA
- INNA DYSFUNKCJA (*krótka charakterystyka*)

4. INFORMACJA NT. WYKSZTAŁCENIA ORAZ SYTUACJI ZAWODOWEJ WNIOSKODAWCY*

SYTUACJA ZAWODOWA

- ZATRUDNIONY/PROWADZĄCY DZIAŁALNOŚĆ
- BEZROBOTNY/RENCISTA POSZUKUJĄCY PRACY
- RENCISTA/EMERYT
- OSOBA W WIEKU 18-24 UCZĄCA SIĘ/STUDIUJĄCA
- DZIECI I MŁODZIEŻ DO LAT 18
- INNE (JAKIE?)

WYKSZTAŁCENIE

- NIEPEŁNE PODSTAWOWE
- PODSTAWOWE
- ZAWODOWE
- ŚREDNIE
- POLICEALNE
- WYŻSZE
- INNE (JAKIE?)

5. INFORMACJA NT. SYTUACJI MIESZKANIOWEJ WNIOSKODAWCY*

ZAMIESZKUJE: SAMOTNIE Z RODZINĄ Z OSOBAMI NIESPOKREWNIONYMI

DOM: JEDNORODZINNY WIELORODZINNY INNE.....

BUDYNEK: PARTEROWY PIĘTROWY – MIESZKANIE NA(*podać kondygnację*)

PRZYBLIŻONY WIEK BUDYNKU LUB ROK BUDOWY:

OPIS MIESZKANIA: POKOJE(*ilość*) Z KUCHNIA BEZ KUCHNI
 Z ŁAZIENKĄ BEZ ŁAZIENKI Z WC BEZ WC

ŁAZIENKA WYPOSAŻONA JEST W: WANNE BRODZIK KABINĘ
 UMYWALKĘ

W MIESZKANIU JEST: WODA ZIMNA CIEPŁA WODA KANALIZACJA
 CO PRĄD GAZ

WARUNKI MIESZKANIOWE ZŁE PRZECIĘTNE DOBRE BARDZO DOBRE

6. INFORMACJA O KORZYSTANIU Z DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON DO LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH W OSTATNICH 3 LATACH)

CEL	NR UMOWY	DATA PRZYZNANIA	KWOTA PRZYZNANA	KWOTA ROZLICZONA
KWOTA ROZLICZONA - RAZEM				

7. INFORMACJA O DOCHODACH

Niniejszym oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód rodziny** w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek wynosił:

..... zł. (słownie: zł.)

OŚWIADCZAM, ŻE RAZEM ZE MNĄ WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM POZOSTAJĄ NASTĘPUJĄCE OSOBY:

STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA Z WNIOSKODAWCĄ (żona, mąż, córka, syn itp.)	PRZECIĘTNY MIESIĘCZNY DOCHÓD (NETTO)
<i>Wnioskodawca</i>	
RAZEM	

8. WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH (W KOLEJNOŚCI OD NAJWAŻNIEJSZEGO DLA WNIOSKODAWCY) ORAZ ORIENTACYJNY KOSZT (należy zaznaczyć X w odpowiednim polu)

<input type="checkbox"/>	LIKWIDACJA WANNY	<input type="checkbox"/>	ZAKUP I MONTAŻ MUSZLI KLOZETOWEJ
<input type="checkbox"/>	UTWORZENIE MIEJSCA PRYSZNICOWEGO	<input type="checkbox"/>	ZAKUP I MONTAŻ PŁYTEK ANTYPOŚLIZGOWYCH
<input type="checkbox"/>	USUNIĘCIE PROGÓW	<input type="checkbox"/>	INNE (jakie)
<input type="checkbox"/>	ZAKUP I MONTAŻ UCHWYTÓW (SZT. ....)		.....
<input type="checkbox"/>	ZAKUP I MONTAŻ SIEDZISKA KĄPIELOWEGO		.....
<input type="checkbox"/>	ZAKUP I MONTAŻ UMYWALKI DLA OS. NIEPEŁNOSPRAWNYCH		.....

PLANOWANE KOSZTY PRZEDSIĘWZIĘCIA				PLANOWANY TERMIN	
ORIENTACYJNY KOSZT	KWOTA WNIOSKOWANA	ŚRODKI WŁASNE MIN. 5%	DOFINANSOWANIE Z INNYCH ŹRÓDEŁ	ROZPOCZĘCIE PRAC	ZAKOŃCZENIE PRAC
..... zł.	..... zł.	..... zł.	..... zł.		

9. JAKIE EFEKTY PRZYNIESIE LIKWIDACJA BARIERY ARCHITEKTONICZNEJ (należy zaznaczyć X w odpowiednim polu)

<input type="checkbox"/>	WIĘKSZA SAMODZIELNOŚĆ W WYKONYWANIU CZYNNOŚCI ŻYCIA CODZIENNEGO	
<input type="checkbox"/>	CAŁKOWITA SAMODZIELNOŚĆ W WYKONYWANIU ŻYCIA CODZIENNEGO	
<input type="checkbox"/>	ZWIĘKSZENIE UDZIAŁU WNIOSKODAWCY W ŻYCIU SPOŁECZNYM <i>Jeżeli zaznaczono tę opcję, należy uzasadnić w jaki sposób likwidacja bariery architektonicznej zwiększy szansę na aktywizację społeczną</i>	...............
<input type="checkbox"/>	ZWIĘKSZENIE SZANS NA AKTYWIZACJĘ ZAWODOWĄ/ UTRZYMANIE TEJ AKTYWNOŚCI <i>Jeżeli zaznaczono tę opcję, należy uzasadnić w jaki sposób likwidacja bariery architektonicznej zwiększy szansę na aktywizację zawodową/na utrzymanie aktywności zawodowej</i>	...............
<input type="checkbox"/>	INNE EFEKTY (proszę określić jakie)	..... ..... .....

10. INFORMACJA O ZAŁĄCZNIKACH DO WNIOSKU:

OŚWIADCZAM, ŻE DO WNIOSKU DOŁĄCZAM NASTĘPUJĄCE DOKUMENTY:

1.	Kserokopia aktualnego dokumentu potwierdzającego posiadany stopień niepełnosprawności lub niepełnosprawność (dzieci do 16 roku życia) wraz z oryginałem - do wglądu,	
2.	Kserokopia aktualnego dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność (orzeczenie) innych osób niepełnosprawnych mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą	
3.	Kserokopię dokumentu uprawniającego do reprezentowania osoby niepełnosprawnej – w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej lub posiadającej ustanowionego przedstawiciela.	
4.	Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności oraz dokładny opis schorzenia	
5.	Dokumenty potwierdzające wysokość osiąganych dochodów – do wglądu	
6.	Aktualny dokument potwierdzający prawo własności do lokalu/budynku w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (odpis z ksiąg wieczystych, kserokopia aktu notarialnego itp.)	
7.	Zgoda właściciela/współwłaściciela lokalu/budynku na likwidację barier architektonicznych	
8.	Aktualne zaświadczenie o zameldowaniu.	
	Inne:	
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		

OŚWIADCZENIE

- Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2016 r. poz. 922 z późn. zm.).
- Prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności karnej określonej w art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (tj. Dz. U. z 2017 r. poz. 2204 z późn. zm.) za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.
- Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz że w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku nie byłem/em stroną umowy zawartej z Funduszem, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.
- Oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a, że dofinansowanie ze środków PFRON nie obejmuje kosztów prac związanych z realizacją zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych.

Jaworzno, dnia

.....
Podpis Wnioskodawcy

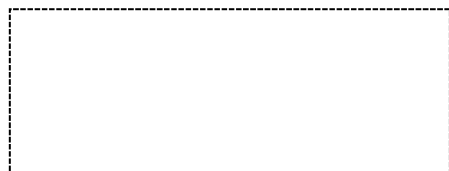
DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA

IŁOŚĆ UZYSKANYCH PUNKTÓW (zgodnie z kartą kwalifikacji)

<input type="checkbox"/>	POZYTYWNA
<input type="checkbox"/>	NEGATYWNA

PRYZNANA WYSOKOŚĆ DOFINANSOWANIA zł.

.....
Podpis osoby podejmującej decyzję



Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE (ważne 3 miesiące)

wydane dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Jaworznie w celu dofinansowania likwidacji barier architektonicznych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia.....

Miejsce zamieszkania.....

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy:*

- dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim,
- dysfunkcji narządu ruchu – osoba leżąca,
- innej dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się przy pomocy:
 - balkonika, kul, laski itp.,
 - osób drugich,
 - dysfunkcji narządu ruchu pozwalającej na samodzielne poruszanie się,
 - wrodzonego braku albo amputacji dłoni lub rąk,
 - dysfunkcji narządu wzroku,
 - dysfunkcji narządu słuchu i mowy,
 - deficytu rozwojowego (upośledzenie umysłowe),
 - niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia,
 - innej dysfunkcji

krótka charakterystyka

.....

Ww. niepełnosprawność spowodowana jest

.....

Trudności te mogą zostać zlikwidowane/ograniczone poprzez dokonanie następujących działań:

.....

.....

Realizacja ww. działań umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem w następujący sposób:

.....

.....

.....
miejscowość i data

.....
pieczęć i podpis lekarza

* właściwe zakreślić znakiem X