

II Dane przedstawiciela ustawowego ☐/ opiekuna prawnego ☐/pełnomocnika ☐
nie dotyczy ☐ (właściwe zaznaczyć)

Imię i nazwisko

PESEL (w przypadku jego nadania): |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adres zamieszkania:

ulica/wieś nr domu nr lokalu

kod-..... miejscowość

telefone-mail..... (w przypadku podania, proszę wypełnić zał. nr 3 do wniosku)

Opiekun prawny ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego w
z dnia sygnatura akt

Pełnomocnik na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza nr
z dnia

III Status zawodowy Wnioskodawcy – osoby niepełnosprawnej (zaznaczyć właściwe pole):

zatrudniony/ prowadzący działalność gospodarczą lub rolniczą	
osoba ucząca się lub studiująca w wieku od 18 do 24 roku życia	
osoba bezrobotna/ osoba poszukująca pracy	
dzieci i młodzież do 18 roku życia	
rencista/emeryt	
inny (jaki).....	

IV Sytuacja rodzinna Wnioskodawcy – osoby niepełnosprawnej (zaznaczyć właściwe pole):

osoba mieszkająca samotnie	
osoba prowadząca wspólne gospodarstwo domowe	
we wspólnym gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są inne osoby niepełnosprawne	

V Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:

liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym	
miesięczny dochód* mojej rodziny obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek	
miesięczny dochód w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego	

W przypadku jakiegokolwiek zmiany dochodów przed podjęciem decyzji w sprawie wniosku o dofinansowanie, Wnioskodawca jest zobowiązany dostarczyć do PCPR w Lwówku Śląskim aktualne oświadczenie o dochodach.

* **Miesięczny dochód w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego** w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych to **dochód** pomniejszony o obciążenia zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

VI Stan prawny dotyczący niepełnosprawności Wnioskodawcy (właściwe zaznaczyć)

☐ całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	☐ znaczny stopień	☐ I grupa inwalidzka
☐ całkowita niezdolność do pracy	☐ umiarkowany stopień	☐ II grupa inwalidzka
☐ częściowa niezdolność do pracy	☐ lekki stopień	☐ III grupa inwalidzka
☐ orzeczenie o niepełnosprawności do 16 roku życia		
Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: ☐ okresowo do dnia:/ ☐ bezterminowo		
Osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim		☐ tak ☐ nie

VII Sytuacja mieszkaniowa Wnioskodawcy – opis budynku i mieszkania - wypełnić tylko w przypadku likwidacji barier architektonicznych (właściwe zaznaczyć)

1. Dom jednorodzinny ☐, wielorodzinny prywatny ☐, wielorodzinny komunalny ☐, wielorodzinny spółdzielczy ☐, inne ☐
2. Budynek parterowy ☐, piętrowy ☐ mieszkanie na (podać kondygnację)
3. Przybliżony wiek budynku lub rok budowy.....
4. Opis mieszkania: pokoje (podać liczbę), z kuchnią ☐, bez kuchni ☐, z łazienką ☐, bez łazienki ☐, z WC ☐, bez WC ☐, łazienka jest wyposażona w wannę ☐, brodzik ☐, kabinę prysznicową ☐, umywalkę ☐
5. W mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej ☐, ciepłej ☐, kanalizacja ☐, centralne ogrzewanie ☐, prąd ☐, gaz ☐
6. Inne informacje o warunkach mieszkaniowych (utrudnieniach dla osoby niepełnosprawnej)

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

Numer księgi wieczystej lokalu/budynku mieszkalnego, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (należy podać w sytuacji, gdy Wnioskodawca jest właścicielem lub współwłaścicielem lokalu/budynku mieszkalnego)

.....
W przypadku, gdy Wnioskodawca nie jest właścicielem lub jest współwłaścicielem lokalu/budynku mieszkalnego, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych, wszyscy właściciele/współwłaściciele nieruchomości zobowiązani są wypełnić oświadczenie o wyrażeniu zgody na wykonanie prac związanych z likwidacją barier architektonicznych (załącznik nr 4 do wniosku)

VIII Informacje dotyczące dofinansowania ze środków PFRON (w ciągu 3 lat od daty wykorzystania środków finansowych):

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zwanego Funduszem					☐ TAK	☐ NIE
Czy Wnioskodawca w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku był stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązywanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy					☐ TAK	☐ NIE
Czy Wnioskodawca korzystał z dofinansowania ze środków PFRON:					☐ TAK	☐ NIE
nr i data zawartej umowy	data przyznania dofinansowania (dot. zadań, które nie wymagają zawarcia umowy)	kwota przyznanego dofinansowania	cel	stan rozliczenia		
RAZEM:			X			

IX Miejsce realizacji zadania (adres miejsca, w którym likwidowane mają być bariery)

.....

.....

.....

X Cel likwidacji barier (w uzasadnieniu proszę opisać, w jaki sposób planowane do realizacji przedsięwzięcie zlikwiduje bariery)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

XI Przedmiot dofinansowania (wykaz planowanych przedsięwzięć, inwestycji, zakupów w celu likwidacji barier):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

XII Przewidywany koszt realizacji zadania:

.....

Wnioskodawca dokonuje rozeznania we własnym zakresie cen zakupu sprzętów, urządzeń i materiałów oraz kosztów robocizny, wykonania usług, montażu i dostawy, związanych z likwidacją barier, dla własnych potrzeb wynikających ze stopnia niepełnosprawności celem określenia ceny brutto realizacji zadania.

XIII Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON (do 95% kosztów całego przedsięwzięcia):

.....zł

(słownie:..... złotych)

XIV Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:

.....

.....

XV Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania:

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

XVII OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY:

1. Oświadczam, że w przypadku przyznania dofinansowania będę dysponowała/ł środkami finansowymi na opłacenie wymaganego udziału własnego w postaci różnicy pomiędzy kwotą dofinansowania, ewentualnym dofinansowaniem z innych źródeł, a całkowitym kosztem realizacji zadania.

2. Przyjmuję do wiadomości, że złożenie wniosku o dofinansowanie nie jest równoznaczne z jego przyznaniem. Nie gwarantuję też, że kwota przyznanego dofinansowania będzie równa oczekiwanej przez Wnioskodawcę.

3. Świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku i załącznikach podane zostały zgodnie z prawdą.

4. Przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku podania zawartych we wniosku nieprawdziwych informacji, umowa na podstawie której przyznano środki finansowe Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zostanie rozwiązana, a Wnioskodawca zobowiązany zostanie do zwrotu przekazanych środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonania płatności tych środków.

5. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku powzięcia wątpliwości odnośnie podanych we wniosku o dofinansowanie danych, w szczególności, co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, PCPR w Lwówku Śląskim wezwie Wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.

6. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni od ich powstania.

7. Oświadczam, że są mi znane następujące informacje:

a) dofinansowanie nie przysługuje osobom, które w ciągu 3 lat przed dniem złożenia wniosku były stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązywanej z przyczyn leżących po stronie tej osoby,

b) dofinansowanie nie przysługuje, jeżeli Wnioskodawca ma zaległości wobec Funduszu,

c) dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie,

d) zakup materiałów i robocizny, a także sprzętu/urządzenia nie może nastąpić wcześniej niż podpisanie umowy,

e) podstawę dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych stanowi umowa zawarta pomiędzy Starostą Lwóweckim a Wnioskodawcą,

f) nieusunięcie braków i uchybień we wniosku w wyznaczonym przez PCPR w Lwówku Śląskim terminie skutkować będzie pozostawieniem wniosku bez rozpatrzenia

g) wszelkie koszty związane z przygotowaniem wniosku ponosi Wnioskodawca.

h) w przypadku likwidacji barier architektonicznych, po dokonaniu wizji lokalowej oraz przyjęciu wniosku do realizacji, Wnioskodawca zobowiązany będzie dostarczyć dokumenty określone w piśmie, m.in. szkic mieszkania, kosztorys inwestorski, pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach).

i) niniejszy wniosek zostanie rozpatrzony po otrzymaniu przez Powiat Lwówecki środków finansowych PFRON oraz przyjęciu przez Radę Powiatu Lwóweckiego uchwały w sprawie określenia zadań na które przeznacza się środki Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy, Przedstawiciela ustawowego,
Opiekuna prawnego, Pełnomocnika*)

*właściwe zaznaczyć

Załączniki wymagane do wniosku (oryginały do wglądu):

L.p.	Nazwa załącznika	wypełnia PCPR		
		Załączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia
1.	Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub kopia wypisu z treści orzeczenia traktowanego na równi z tym orzeczeniem albo kopię orzeczenia o niepełnosprawności do 16 r. ż. lub kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 roku	tak/nie	tak/nie	
2.	Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, jeśli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu – załącznik nr 1 do wniosku	tak/nie	tak/nie	
3.	Zgoda właściciela/współwłaściciela lokalu/budynku mieszkalnego na wykonanie prac związanych z likwidacją barier architektonicznych – załącznik nr 4 do wniosku	tak/nie	tak/nie	
4.	Dokument potwierdzający posiadanie innych źródeł finansowania – jeśli dotyczy	tak/nie	tak/nie	
5.	W przypadku opiekuna prawnego kopia odpisu wyroku sądu orzekającego ubezwłasnowolnienie	tak/nie	tak/nie	
6.	W przypadku pełnomocnika kopia pełnomocnictwa notarialnego	tak/nie	tak/nie	
7.	Klauzula o przetwarzaniu danych osobowych - załącznik nr 2 do wniosku	tak/nie	tak/nie	
8.	Klauzula zgody na przetwarzanie danych osobowych – załącznik nr 3 do wniosku	tak/nie	tak/nie	
9.	Oferta cenowa od sprzedawcy – dotyczy likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych	tak/nie	tak/nie	