

Nr sprawy:

Wypełnia PCPR

**WNIOSEK  
O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON  
DO LIKWIDACJI BARIER:**

- **ARCHITEKTONICZNYCH\***
- **W KOMUNIKOWANIU SIĘ \***
- **TECHNICZNYCH\***

\* - właściwe podkreślić

**I. Informacje o Wnioskodawcy i dziecku/ podopiecznym**

| <b>DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/ PODOPIECZNEGO</b> |  |
|--|--|
| <b>DANE PERSONALNE</b>                       | <b>ADRES ZAMIESZKANIA</b><br>(Pobyt stały) |
| Imię .....                                   | Kod pocztowy .....                         |
| Nazwisko .....                               | Miejscowość .....                          |
| PESEL .....                                  | Ulica .....                                |
|  | Nr domu.....Nr m.....                      |
| <b>DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY</b>           |  |
| <b>DANE PERSONALNE</b>                       | <b>ADRES ZAMIESZKANIA</b><br>(Pobyt stały) |
| Imię .....                                   | Kod pocztowy .....                         |
| Nazwisko .....                               | Miejscowość .....                          |
| PESEL .....                                  | Ulica .....                                |
|  | Nr domu.....Nr m.....                      |
|  | Kontakt telefoniczny: nr kier. ....        |
|  | nr telefonu .....                          |

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| Rodzic osoby niepełnosprawnej*  |  |
| Opiekun osoby niepełnosprawnej* |  |
| *podkreślić właściwe            |  |
| <b>ADRES DO KORESPONDENCJI</b>  |  |
| .....                           |  |
| .....                           |  |

## II. Stopień niepełnosprawności

|   |
|---|
| znacznym stopień niepełnosprawności*                                      |
| umiarkowany stopień niepełnosprawności*                                   |
| lekki stopień niepełnosprawności*   |
| całkowita niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji* |
| całkowita niezdolność do pracy*   |
| częściowa niezdolność do pracy*   |
| I grupa inwalidzka*   |
| II grupa inwalidzka*  |
| III grupa inwalidzka*   |
| Orzeczenie o niepełnosprawności   |
| Ważność dokumentu: *      stała      okresowa do .....                    |

\*właściwe podkreślić

## III. Miejsce realizacji zadania związanego z likwidacją barier

.....

.....

## IV. Przedmiot dofinansowania likwidacji barier

.....

.....

.....



**XI. Informacja o innych źródłach finansowania zadania związanego z likwidacją barier**

.....

.....

**XII. Informacja o kwotach przyznanych wcześniej ze środków Funduszu z określeniem numeru zawartej umowy, celu i daty przyznania dofinansowania oraz stanu rozliczenia**

| Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w okresie ostatnich 3 lat od dnia złożenia wniosku   |                             |                    |                  |
|--|-----------------------------|--------------------|------------------|
|  |                             | TAK                | NIE              |
| Cel<br>(nazwa programu i/lub nazwa zadania ustawowego, w ramach którego przyznana została pomoc) | Numer i data zawarcia umowy | Kwota wykorzystana | Kwota rozliczona |
| .....  | .....                       | .....              | .....            |
| .....  | .....                       | .....              | .....            |
| .....  | .....                       | .....              | .....            |
| .....  | .....                       | .....              | .....            |
| .....  | .....                       | .....              | .....            |

Posiadam/nie posiadam\* wymagalne zobowiązania wobec Funduszu.  
 Jeśli tak, podać rodzaj i wysokość wymagalnego zobowiązania .....

.....

\*- niepotrzebne skreślić

Oświadczam że, przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony na kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił .....zł

1. Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi.....
2. Powyższy dochód nie jest obciążony z tytułu wyroków sądowych lub innych tytułów.
3. W przypadku jakiegokolwiek zmiany dochodu, poinformuję o tym tut. Centrum Pomocy Rodzinie.
4. Powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....  
 Data

.....  
 Czytelny podpis Wnioskodawcy

### XIII. Załączniki wymagane do wniosku

| Nazwa załącznika |  | Dołączono do wniosku zaznaczyć właściwe |
|------------------|--|---|
| 1.               | Kopia ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego                                  |   |
| 2.               | Zaświadczenie lekarskie – załącznik nr 1 do wniosku  |   |
| 3.               | Akt własności budynku lub mieszkania, w którym ma być przeprowadzona likwidacja barier – o ile dotyczy (do wglądu) |   |
| 4.               | Oświadczenie o zgodzie właściciela budynku lub lokalu mieszkalnego, jeśli taka zgoda jest wymagana – o ile dotyczy |   |
| 5.               | Zaświadczenie ze szkoły o kontynuowaniu nauki w przypadku osób, które ukończyły 16 rok życia – o ile dotyczy       |   |

#### Uwaga!

- 1. O dofinansowanie ze środków Funduszu na likwidację barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych może ubiegać się osoba niepełnosprawna, jeżeli ich realizacja umożliwi lub w znacznym stopni ułatwi jej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem.**
- 2. O dofinansowanie na likwidację barier architektonicznych mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, które mają trudności w poruszaniu się, jeżeli są właścicielami nieruchomości lub użytkownikami wieczystymi nieruchomości albo posiadają zgodę właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego, w którym stale zamieszkują.**
- 3. O dofinansowanie na likwidację barier w komunikowaniu się i technicznych mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, jeżeli jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności.**
- 4. Dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych nie przysługuje osobom niepełnosprawnym, które w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku uzyskały odpowiednio na te cele dofinansowanie ze środków Funduszu.**
- 5. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.**
- 6. Podstawą dofinansowania zadań ze środków Funduszu stanowi umowa zawarta przez Starostę z osobą niepełnosprawną lub jej przedstawicielem ustawowym.**

**Oświadczam, że:**

- nie mam zaległości wobec Funduszu oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłam/em stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
- podane informacje we wniosku są zgodne z prawdą, jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- zapoznałem/am się z informacjami podanymi we wniosku,
- w przypadku utraty ważności mojego orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego dołączę do wniosku nowe orzeczenie niezwłocznie po jego otrzymaniu, (w przypadku nie dostarczenia w/w orzeczenia wniosek zostanie rozpatrzony negatywnie),
- znam wysokość wymagalnego udziału własnego dla poszczególnych przedmiotów i oświadczam, iż posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego przedmiotu,
- zapoznałam/em się z klauzurą informacyjną dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bilgoraju.

.....  
Data

.....  
Czytelny podpis Wnioskodawcy

**Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów:**

Pieczętka imienna, data podpis pracownika PCPR