



POWIATOWE CENTRUM  
POMOCY RODZINIE

**POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W POZNANIU**

ul. Słowackiego 8, 60 – 823 Poznań

tel. 61 22 22 906

e-mail: pcpr@powiat.poznan.pl,

www.pcpr.powiat.poznan.pl



Pieczęć z datą wpływu do PCPR

Nr wniosku IV.533 .....

**W N I O S E K**

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób**

**Niepełnosprawnych likwidacji BARIER ARCHITEKTONICZNYCH**

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub jej pełnomocnik, a w przypadku osoby niepełnoletniej rodzic bądź opiekun prawny, proszę wypełnić czytelnie, drukowanymi literami)

\*\*\*\*\*

**I. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY - osoby niepełnosprawnej**

Imię i nazwisko.....

PESEL: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**adres zamieszkania**

ulica ..... nr domu .....nr lokalu .....

kod .....-..... miejscowość .....gmina.....

telefon..... e-mail.....

**PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY/ OPIEKUN PRAWNY/PEŁNOMOCNIK**

(wypełnić, jeśli dotyczy)

Imię i nazwisko.....

PESEL: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**adres zamieszkania (wypełnić, gdy jest inny niż Wnioskodawcy)**

ulica ..... nr domu ..... nr lokalu .....

kod .....-..... miejscowość .....gmina .....

telefon..... e-mail.....

Opiekun prawny ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego w ..... z dnia ..... sygn. akt .....

Pełnomocnik na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dnia .....

repetitorium nr .....

**Stopień niepełnosprawności** (wstawić X we właściwej rubryce)

znaczny – (inwalidzi I grupy, osoby całkowicie niezdolne do pracy i samodzielnej egzystencji oraz osoby o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny na podstawie orzeczenia wydanego przed 1998 r.)	
umiarkowany – (inwalidzi II grupy oraz osoby całkowicie niezdolne do pracy)	
lekki – (pozostali inwalidzi III grupy, osoby częściowo niezdolne do pracy oraz osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym na podstawie orzeczenia wydanego przed 1998 r.)	
osoba w wieku do lat 16 z orzeczeniem o niepełnosprawności.	

**II. SYTUACJA MIESZKANIOWA**
**Tytuł prawny do lokalu** (wstawić X we właściwe pole )

- akt własności budynku lub lokalu mieszkalnego,  
 akt notarialny użytkowania wieczystego,  
 przydział lokalu – np. decyzja administracyjna,  
 inny (jaki).....

**Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą**

		Stopień niepełnosprawności (jeśli dotyczy)	Przeciętny miesięczny dochód (netto), obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek *
1.	Wnioskodawca:		
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – <b>poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą</b>			
2.			
3.			
4.			
5.			
		<b>RAZEM:</b>	

\* jest to dochód wszystkich wspólnie zamieszkujących i prowadzących wspólne gospodarstwo domowe osób, obliczany za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek, w rozumieniu ustawy o świadczeniach rodzinnych, pomniejszony o podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczenia 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.

### III. INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON		<input type="checkbox"/> Tak <i>(należy wypełnić tabelę)</i> <input type="checkbox"/> Nie	
Cel dofinansowania	Nr umowy	Data przyznania dofinansowania	Stan rozliczenia
Likwidacja barier architektonicznych			
Likwidację barier technicznych			
Likwidacja barier w komunikowaniu się			
Zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny			
Inny (jaki) .....			

### IV. INFORMACJE O PRZEDMIOCIE DOFINANSOWANIA - cel dofinansowania.

#### 1. Uzasadnienie potrzeby likwidacji barier architektonicznych ze wskazaniem istniejących barier w miejscu realizacji zadania.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

#### 2. Wykaz planowanych przedsięwzięć w celu likwidacji barier oraz ich koszt.

*(Wnioskodawca we własnym zakresie dokonuje rozpoznania cen (brutto) zakupu sprzętów, materiałów oraz kosztów robocizny wykonania usług, związanych z likwidacją barier architektonicznych)*

Lp.	Planowane przedsięwzięcia	Przewidywany koszt realizacji /zakupu (w zł)
RAZEM		

- 3. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania:** .....zł  
 (słownie:..... zł),  
 co stanowi maksymalnie 95 % kwoty brutto kosztów planowanego przedsięwzięcia.
- 4. Udział własny w kosztach realizacji zadania** ..... zł  
 (słownie:..... zł),  
 co stanowi minimum 5 % kwoty brutto kosztów planowanego przedsięwzięcia.
- 5. Miejsce realizacji zadania (adres):** .....
- 6. Planowany termin rozpoczęcia realizacji zadania:** .....
- 7. Przewidywany czas realizacji zadania:** .....
- 8. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę:** ..... zł.  
*(do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek)*
- 9. Dotychczasowe źródła finansowania:** .....
- 10. Informacja o innych źródłach finansowania zadania**  
*(Proszę podać czy uzyskał/a Pan/i dodatkowe środki na likwidację barier architektonicznych z innych źródeł (np. od OPS, sponsora, fundacji, spółdzielni mieszkaniowej).*
- Wartość: .....
- Źródła finansowania: .....
- 11. Informacja o rachunku bankowym, Wnioskodawcy lub osoby upoważnionej:**

Właściciel rachunku bankowego *(imię i nazwisko)* .....

Nazwa banku .....

Nr rachunku bankowego:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**V. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY**

- Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny na jedną osobę w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2017 r. poz.1952), obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:  
 wynosi ..... zł.  
 słownie: .....
- Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych PCPR w Poznaniu dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji mojego wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2016 poz. 922).
- Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zwanego dalej Funduszem i nie byłem/em w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

4. Oświadczam, że posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach zadania w wysokości minimum 5 % łącznej kwoty wnioskowanego dofinansowania, o którym mowa w rozdz. IV pkt. 4 niniejszego wniosku.
5. Oświadczam, że zapoznałem się z procedurą dotyczącą przyznawania w bieżącym roku dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych zamieszczoną na stronie: [www.pcpr.powiat.poznan.pl](http://www.pcpr.powiat.poznan.pl)
6. Świadoma(y) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks karny (Dz. U. z 2016 r. poz. 1137) oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku podane zostały zgodnie z prawdą.
7. Przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku ujawnienia zawartych we wniosku nieprawdziwych informacji, decyzja na podstawie której przyznano środki finansowe Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zostanie anulowana, a Wnioskodawca zobowiązany zostanie do zwrotu przekazanych przez PCPR środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonania płatności tych środków.
8. 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 wezwie Wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.
9. Przyjmuję do wiadomości, że złożenie wniosku o dofinansowanie nie jest równoznaczne z jego przyznaniem. Nie gwarantuje też, że kwota przyznanego dofinansowania będzie równa oczekiwanej przez Wnioskodawcę.
10. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się poinformować w ciągu 14 dni od ich powstania.
11. 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 rozwiązanej 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) podstawę dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych stanowi umowa zawarta pomiędzy Starostą Poznańskim reprezentowanym przez Dyrektora PCPR a Wnioskodawcą,
  - e) nieusunięcie ewentualnych uchybień we wniosku w wyznaczonym przez PCPR terminie 30 dni, skutkować będzie pozostawieniem wniosku bez rozpatrzenia,
  - f) niniejszy wniosek zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i uchwaleniu planu finansowego na dany rok.

\* *niepotrzebne skreślić*

.....  
*podpis Wnioskodawcy\*/ przedstawiciela ustawowego\*/  
opiekuna prawnego / pełnomocnika*

## ZAŁĄCZNIKI (DOKUMENTY) WYMAGANE DO WNIOSKU

Lp.	Nazwa załącznika	Wypełnia pracownik PCPR		
		Załączono do wniosku TAK/NIE	Uzupełniono TAK / NIE	Data uzupełnienia /uwagi/
1.	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub inne równoważne potwierdzające niepełnosprawność Wnioskodawcy i innych osób wspólnie zamieszkujących – oryginały do wglądu			
2.	Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające opis przyczyny niepełnosprawności i szczegółowe uzasadnienie, że osoba ma trudności w poruszaniu się – według załącznika ( <i>zaświadczenie ważne 3 miesiące od daty wystawienia</i> )			
3.	Udokumentowane prawo do lokalu lub budynku ( <i>akt własności, akt notarialny użytkowania wieczystego, zaświadczenie o prawie do lokalu, inne</i> ) – oryginał do wglądu			
4.	Zgoda właściciela lokalu / budynku na wykonanie wnioskowanego zakresu prac			
5.	Dokument potwierdzający posiadanie innych źródeł finansowania, ( <i>jeśli dotyczy</i> )			
6.	Kopia pełnomocnictwa lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego – oryginał do wglądu			

.....  
Podpis pracownika PCPR

**Załącznik do wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych**

....., dnia .....  
(miejscowość)

.....  
**Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej**

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko.....PESEL.....

Adres zamieszkania.....

**1. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole Lp. oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):**

Lp.	Uszkodzenie narządów, układów oraz choroby współistniejące i wynikające z nich trudności w poruszaniu się	Pieczętka i podpis lekarza
1.	Leżący niebędący w stanie poruszać się na wózku inwalidzkim, nawet przy pomocy osób trzecich	
2.	Leżący niebędący w stanie poruszać się na wózku inwalidzkim	
3.	Poruszający się na wózku inwalidzkim	
4.	Poruszający się przy pomocy balkonika, trójnogu lub kul łokciowych	
5.	Znaczny niedowład kończyn dolnych	
6.	Proteza jeden kończyny dolnej	
7.	Proteza dwóch kończyn dolnych	
8.	Niedowidzący	
9.	Niewidomy	
10.	Inne, (jakie).....	

2. Inne schorzenia Pacjenta utrudniające poruszanie się (szczegółowe uzasadnienie):\*

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

.....  
**Pieczętka i podpis lekarza**