



POWIATOWE CENTRUM  
POMOCY RODZINIE



Pieczęć z datą wpływu do PCPR

**POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W POZNANIU**

ul. Słowackiego 8, 60 – 823 Poznań

tel. 61 22 22 906

e-mail: [sekretariat@pcpr.powiat.poznan.pl](mailto:sekretariat@pcpr.powiat.poznan.pl),

[www.pcpr.powiat.poznan.pl](http://www.pcpr.powiat.poznan.pl)

**Nr wniosku IV.533 ...../2024**

**WNIOSK**

**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 ..... repetytorium 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).....

**III. INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON**

Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON		<input type="checkbox"/> Tak (należy wypełnić tabelę) <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. Szczegółowy wykaz planowanych przedsięwzięć w celu likwidacji barier oraz ich koszt.***(Należy wymienić istniejące bariery oraz wskazać zakres prac związany z ich likwidacją).*

Lp.	Planowane przedsięwzięcia	Przewidywany koszt realizacji /zakupu (w zł)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
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:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

### V. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

1. Oświadczam, że przeciętny **miesięczny dochód** rodziny **na jedną osobę** w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:

wynosi ..... zł.

słownie: .....

Łączna liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym: .....

*\*\*Należy podać kwoty” netto”, tj. bez wliczania 500+, zasiłku stałego, zasiłku pielęgnacyjnego, dodatku pielęgnacyjnego, świadczenia uzupełniającego.*

2. 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.

3. 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.

4. 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)

5. 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 oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku podane zostały zgodnie z prawdą.

6. 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.

7. 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.

8. 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.

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

10. 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.
11. **OŚWIADCZAM, ŻE PRZEDSTAWIONO MI KLAUZULĘ INFORMACYJNĄ O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH DLA OSÓB UBIEGAJĄCYCH SIĘ O DOFINANSOWANIE** – klauzula dostępna jest na stronie internetowej [www.pcpr.powiat.poznan.pl](http://www.pcpr.powiat.poznan.pl) oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie.

*\* niepotrzebne skreślić*

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

## **ZAŁĄCZNIKI (DOKUMENTY) WYMAGANE DO WNIOSKU**

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego Wnioskodawcy i innych osób wspólnie zamieszkujących – oryginały do wglądu.
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie – według załącznika (*zaświadczenie ważne 3 miesiące od daty wystawienia*).
3. Udokumentowane prawo do lokalu lub budynku (*akt własności, akt notarialny użytkowania wieczystego, zaświadczenie o prawie do lokalu, inne*) – oryginał do wglądu.
4. Decyzja o wysokości podatku od nieruchomości za 2023 rok-jeżeli jest opłacany.
5. Zgoda właściciela lokalu / budynku na wykonanie wnioskowanego zakresu prac.
6. Dokument potwierdzający posiadanie innych źródeł finansowania wnioskowanego przedmiotu inwestycji, (*jeśli dotyczy*).
7. Kopia pełnomocnictwa lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego – oryginał do wglądu.

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

....., dnia .....  
(miejsowość)

.....  
**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.	Poruszający się <u>wyłącznie</u> na wózku inwalidzkim	
2.	Poruszający się <u>wyłącznie</u> przy pomocy balkonika,	
3.	Proteza przynajmniej jednej kończyny dolnej	
4.	Proteza przynajmniej jednej kończyny górnej	
5.	Osoba (zaznaczyć właściwe):  <input type="checkbox"/> niewidoma <input type="checkbox"/> niedowidząca	

2. Czy pacjent ma trudności z poruszaniem się i wykonaniem podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem, w związku z istniejącą niepełnosprawnością:

**TAK**     **NIE**

3. Opis niepełnosprawności w odniesieniu do problemów w poruszaniu się:

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

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

\*\* Likwidacja barier architektonicznych - to przystosowanie miejsca zamieszkania osoby niepełnosprawnej mającej trudności w poruszaniu się w celu umożliwienia jej wykonywania podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem.