

.....
Data wpływu wniosku

.....
Nr sprawy

POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KUTNIE UL. KRZYWOUSTEGO 11

tel: (24)361-68-15 (24) 361-68-14 e-mail: rehabilitacja@pcprkutno.pl

WNIOSEK

O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON DO LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH W MIEJSCU ZAMIESZKANIA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

1. Informacje o Wnioskodawcy/ dziecku / podopiecznym będącym osobą niepełnosprawną
- należy wypełnić wszystkie pola we wniosku oraz właściwe zaznaczyć

DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

Imię.....Nazwisko.....

Data urodzeniar. Dowód osobisty seria.....numer.....

wydany w dniu.....r. przez.....

PESEL NIP

Wnioskodawca osobiście rodzic dziecka opiekun prawny dziecka opiekun prawny podopiecznego

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

Kod pocztowy -
(poczta)

Miejscowość

ulica

Nr domu Nr m. Powiat

Województwo

miasto wieś

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy -
(poczta)

Miejscowość

ulica

Nr domu Nr m.

Województwo

Kontakt telefoniczny: nr kier.nr telefonu/nr tel. komórkowego:.....

e'mail (o ile dotyczy):

Nazwa banku i nr rachunku bankowego

DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO**DANE PERSONALNE**

Imię

Nazwisko

Data urodzenia:..... r.

PESEL NIP Pełnoletni: tak nie**MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)**

(jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)

Kod pocztowy -
(poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu Nr m.

Powiat

Województwo

 miasto wieś**2. STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY /DZIECKA / PODOPIECZNEGO** całkowita niezdolność do pracy i 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 (wydawane do 16 roku życia)Ww. dokument jest ważny: okresowo do bezterminowo**3. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY/DZIECKA/ PODOPIECZNEGO WYNIKAJĄCY Z ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** NARZĄD RUCHU, w zakresie: obu kończyn dolnych jednej kończyny dolnej

z koniecznością porusza się przy pomocy

 wózka inwalidzkiego kul INNA DYSFUNKCJA NARZĄDU RUCHU NARZĄD WZROKU, w zakresie: osoba niewidoma osoba niedowidząca NARZĄD SŁUCHU, w zakresie: osoba niesłysząca osoba niedosłysząca INNA DYSFUNKCJA NARZĄDU SŁUCHU I MOWY..... DEFICYT ROZWOJOWY (jaki?)..... CHOROBA PSYCHICZNA (jaka?) INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności utrudniające poruszanie się**4. ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE WNIOSKODAWCY/DZIECKA/ PODOPIECZNEGO** podstawowe gimnazjalne zawodowe średnie ogólne średnie zawodowe policealne wyższe inne, jakie:

5. DODATKOWE KWALIFIKACJE WNIOSKODAWCY/DZIECKA/ PODOPIECZNEGO	
<input type="checkbox"/> prawo jazdy	<input type="checkbox"/> obsługa urządzeń biurowych
<input type="checkbox"/> znajomość języków obcych	<input type="checkbox"/> inne, jakie:.....
<input type="checkbox"/> obsługa komputera	
wykonywane zawody	

6. SYTUACJA ZAWODOWA WNIOSKODAWCY/DZIECKA/PODOPIECZNEGO		
<input type="checkbox"/> zatrudniony	<input type="checkbox"/> bezrobotny poszukujący pracy	<input type="checkbox"/> osoba powyżej 18 lat ucząca się
<input type="checkbox"/> prowadzący działalność gospodarczą	<input type="checkbox"/> rencista	<input type="checkbox"/> dzieci i młodzież do lat 18
<input type="checkbox"/> bezrobotny	<input type="checkbox"/> emeryt	<input type="checkbox"/> inne, jakie:

7. WNIOSKODAWCA/DZIECKO/PODOPIECZNY zamieszkuje		
<input type="checkbox"/> samotnie	<input type="checkbox"/> z rodziną	<input type="checkbox"/> z osobami niespokrewnionymi
czy wspólnie z wnioskodawcą /dzieckiem /podopiecznym zamieszkują inne osoby niepełnosprawne :		
<input type="checkbox"/> tak, proszę podać ilość osób i stopień niepełnosprawności		
<input type="checkbox"/> nie		

8. SYTUACJA MIESZKANIOWA WNIOSKODAWCY/DZIECKA/PODOPIECZNEGO – opis budynku lub mieszkania w którym zamieszkują		
<input type="checkbox"/> dom jednorodzinny	<input type="checkbox"/> dom wielorodzinny prywatny	<input type="checkbox"/> dom wielorodzinny komunalny
<input type="checkbox"/> dom wielorodzinny spółdzielczy	<input type="checkbox"/> mieszkanie w bloku	<input type="checkbox"/> inne, jakie:.....
<input type="checkbox"/> budynek parterowy	<input type="checkbox"/> budynek piętrowy	<input type="checkbox"/> mieszkanie napiętrze
Opis budynku /mieszkania		
Powierzchniam ²	Liczba pomieszczeń.....	
<input type="checkbox"/> z kuchnią	<input type="checkbox"/> bez kuchni	<input type="checkbox"/> z łazienką
<input type="checkbox"/> bez łazienki	<input type="checkbox"/> z wc	<input type="checkbox"/> bez wc
Łazienka wyposażona jest w :	<input type="checkbox"/> wannę, <input type="checkbox"/> umywalkę	<input type="checkbox"/> prysznic z brodzikiem
Budynek / mieszkanie wyposażone jest w :		
<input type="checkbox"/> instalację wody zimnej <input type="checkbox"/> instalację wody ciepłej		
<input type="checkbox"/> kanalizację		
<input type="checkbox"/> ogrzewanie podać rodzaj ogrzewania		

9. TYTUŁ PRAWNY DO BUDYNKU LUB LOKALU WNIOSKODAWCY/DZIECKA/PODOPIECZNEGO

własność

współwłasność

użytkowanie wieczyste

najem

dzierżawa

przydział lokalu

inne, jakie

10. PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA

.....
.....

11. MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA (proszę wpisać adres)

.....

12. TERMIN ROZPOCZĘCIA I PRZEWIDYWANY CZAS REALIZACJI ZADANIA

.....

13. WYKAZ BARIER, UTRUDNIEŃ WYSTĘPUJĄCYCH W MIESZKANIU, DOMU LUB JEGO NAJBLIŻSZYM OTOCZENIU DLA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ KTÓRE MAJĄ ZOSTAĆ ZLIKWIDOWANE W RAMACH DOFINANSOWANIA

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

14. Wstępny kosztorys (zestawienie cenowe materiałów i koszty usługi remontowej)

Lp.	Nazwa	Liczba sztuk	Wartość brutto (orientacyjna)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
		RAZEM	

UWAGA! PROSZĘ O SZCZEGÓŁOWE I STARANNE OSZACOWANIE PONIŻSZYCH KOSZTÓW, GDYŻ PODSTAWĄ DOFINANSOWANIA BĘDĄ KWOTY WNIOSKOWANE.

.....
(podpis Wnioskodawcy)

.....
(podpis inspektora PCPR w Kutnie)

15. KWOTA WNIOSKOWANEGO DOFINANSOWANIAW ZŁ. (nie więcej niż 95% kosztów zadania) słownie :

16. INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca/ dziecko/ podopieczny lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku) ze środków PFRON,

tak nie

<i>Cel</i> (nazwa programu i/ lub nazwa zadania ustawowego, w ramach którego przyznana została pomoc)	<i>Numer i data zawarcia umowy</i>	<i>Termin rozliczenia</i>	<i>Kwota przyznana (w zł)</i>	<i>Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)</i>
Razem uzyskane dofinansowanie:				

17. CZY WNIOSKODAWCA BYŁ STRONĄ UMOWY O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON I UMOWA TA ZOSTAŁA ROZWIĄZANA Z PRZYCZYN LEŻĄCYCH PO STRONIE WNIOSKODAWCY

tak, podać datę

nie

18. CZY WNIOSKODAWCA POSIADA WYMAGALNE ZOBOWIĄZANIA WOBEC PFRON

tak, podać rodzaj i wysokość w zł. wymagalnego zobowiązania

nie

Uwaga! Za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął

19. CZY PLANOWANE DO REALIZACJI ZADANIE BĘDZIE FINANSOWANE Z INNYCH ŹRÓDEŁ NIŻ PFRON (np. sponsor, GOPS, MOPS)

tak, podać wysokość dofinansowania.....

nie

20. UZASADNIENIE CELU DOFINANSOWANIA (wpisać informacje uzasadniające ubieganie się o dofinansowanie oraz cel jakiemu ono będzie służyć)

21. OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW I LICZBIE OSÓB POZOSTAJĄCYCH WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM

		Średni miesięczny dochód
1.	Wnioskodawca:	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą:		X
2.		
3.		
4.		
5.		
RAZEM		

Oświadczam, że średni miesięczny dochód* przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wyniósł zł gr.

Powyższy dochód nie jest obciążony z tytułu wyroków sądowych lub innych tytułów.

Zgodnie z art.75 KPA, uprzedzony/ a o odpowiedzialności karnej z art.233 KK za fałszywe zeznanie, prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

Dochód* – oznacza przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. 2013 r. POZ.1456) podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

Do dochodu **wlicza się**, m.in. przychody podlegające opodatkowaniu, dochód z działalności gospodarczej / rolniczej, renty, emerytury, zasiłki chorobowe, alimenty na rzecz dzieci, stypendia określone w przepisach o systemie oświaty, dochody uzyskane z gospodarstwa rolnego, świadczenia określone w przepisach o wykonywaniu mandatu posła i senatora, zaliczkę alimentacyjną

Do dochodu **nie wlicza się** zasiłków z pomocy społecznej, takich jak zasiłek rodzinny, zasiłek pielęgnacyjny, zasiłek okresowy, zasiłek stały.

22. ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU

L.p.	Nazwa załącznika	załączono	uzupełniono
1.	Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik (oryginał do wglądu)		
2.	Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wraz z Wnioskodawcą w przypadku takich osób (oryginał do wglądu)		
3.	Aktualne zaświadczenie lekarskie wypełnione przez lekarza specjalistę (<u>wypisane czytelnie i w języku polskim</u>) informujące o rodzaju niepełnosprawności, stanie zdrowia wraz z informacją o występujących trudnościach poruszaniu się – nie starsze niż 3 miesiące – sporządzone wg wzoru stanowiącego załącznik do wniosku.		
4.	Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy		
5.	Zaświadczenie o pobieraniu nauki ze szkoły lub uczelni – dotyczy osób uczących się		
6.	Kopia decyzji o przyznaniu zasiłku pielęgnacyjnego bądź dodatku pielęgnacyjnego, w przypadku jego pobierania (oryginał do wglądu)		
7.	Kopia decyzji o przyznaniu świadczeń pomocy społecznej, jeżeli taki występują (oryginał do wglądu)		
8.	Kopia aktu własności nieruchomości bądź kopia aktualnego wyciągu z ksiąg wieczystych potwierdzających własność budynku bądź kopia umowy najmu lokalu mieszkalnego (oryginał do wglądu)		
9.	Zgoda właściciela nieruchomości		
10.	Kosztorys wstępny		
11.	Szkic budynku bądź pomieszczenia przeznaczonego do adaptacji		

Oświadczam, że :

- 1) informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania (odpowiedzialność karna przewidziana w art. 233 § 1 i 2 Kodeksu Karnego),
- 2) posiadam środki własne na pokrycie wkładu własnego będącego uzupełnieniem dofinansowania,
- 3) jestem / nie jestem płatnikiem VAT (niepotrzebne skreślić),
- 4) w przypadku zmiany danych podanych we wniosku zobowiązuje się niezwłocznie o tym fakcie powiadomić PCPR ,
- 5) przyjmuję do wiadomości, iż złożenie niniejszego wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania,
- 6) przyjmuję do wiadomości, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed zawarciem umowy o dofinansowanie,
- 7) przyjmuję do wiadomości, że w przypadku znacznego niedoboru środków PFRON w stosunku do istniejących potrzeb procent dofinansowania określony jako maksymalny 95%, może zostać obniżony.

.....
data i podpis Wnioskodawcy

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać "nie dotyczy". W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ..”, czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

Uwaga:

W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę we wniosku informacji niezgodnych z prawdą, decyzja, na podstawie której przyznano środki finansowe PFRON, zostanie anulowana a Wnioskodawca zobowiązany zostanie do zwrotu przekazanych środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonania płatności tych środków.

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH ZWIĄZANYCH Z REALIZACJĄ ZADANIA KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK

Dane osobowe przekazane przez Wnioskodawcę do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Kunie przy

ul. Krzywoustego 11 (administratora danych) będą przetwarzane w celu realizacji zadania, którego dotyczy wniosek. Wnioskodawca posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku i przyznaniem dofinansowania.

.....
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)¹ (adres: miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego²:

.....
(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

przez PCPR z siedzibą w Kutnie przy ul. Krzywoustego 11 (administrator danych) w celach związanych z realizacją zadania którego dotyczy wniosek, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2014 r. poz. 1182.). Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

.....
 data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU - WYPEŁNIA PCPR

Wniosek złożono w dniu.....

Brakujące dokumenty : nr.....

Wezwanie do uzupełnienia : wysłano.....odebrano.....Wniosek uzupełniono dnia :.....

Wniosku nie uzupełniono w terminiew związku z tym pozostanie bez rozpatrzenia.

Lp.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe):	UWAGI
1	Wnioskodawca/ dziecko/ podopieczny spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
2	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z katalogiem	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
3	Wysokość wnioskowanej kwoty dofinansowania jest zgodna z przepisami	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
4	Deklarowany przez Wnioskodawcę udział własny spełnia warunki określone w przepisach	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
5	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
6	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
7	Wniosek zawiera wszystkie wymagane podpisy (osób do tego uprawnionych)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
8	Wniosek jednorazowo uzupełniony we wskazanym terminie	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
9	Wniosek kompletny w dniu przyjęcia	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	

Data weryfikacji formalnej wniosku:

...../...../..201.....r.

Weryfikacja formalna wniosku: pozytywna negatywna

*pieczętka imienna pracownika PCPR
 dokonującego weryfikacji formalnej wniosku*

data, podpis:

PROTOKÓŁ Z POSIEDZENIA POWIATOWEJ SPOŁECZNEJ RADY DO SPRAW OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

pozytywna:

negatywna:

PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI zł,%

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

Podpisy członków Komisji:

1. Monika Kaźmierska

2. Tamara Włodarczyk

3. Barbara Sitkiewicz

4. Janusz Szymański

5. Michał Kacprzak

.....

(protokół sporządził podpis)

Przykładowy wstępny kosztorys dotyczący przystosowania łazienki dla osoby niepełnosprawnej

Lp.	Nazwa	Liczba sztuk	Wartość brutto (orientacyjna)
1.	Kabina+ brodzik/wanna niska wraz z oprzyrządowaniem (np. bateria)		
2.	Umywalka wraz z oprzyrządowaniem (np. bateria)		
3.	Kompakt WC		
4.	Glazura		
5.	Terakota		
6.	Materiały budowlane		
7.	Materiały hydrauliczne		
8.	Materiały elektryczne		
9.	Uchwyty		
10.	Siedzisko		
11.	Robocizna		
12.	Inne		
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
	RAZEM		

UWAGA! PROSZĘ O SZCZEGÓLOWE I STARANNE OSZACOWANIE PONIŻSZYCH KOSZTÓW, GDYŻ PODSTAWĄ DOFINANSOWANIA BĘDĄ KWOTY WNIOSKOWANE.