

.....
data wpływu wniosku

Nr wniosku: **LBA - /2018**

WNIOSEK

o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Wnioskodawca (proszę wypełnić drukowanymi literami)

..... syn/córka
imię (imiona) i nazwisko imię ojca

Seria nr wydany w dniu przez
dowód osobisty

PESEL nr NIP

Stopień niepełnosprawności

Data urodzenia **Uprawnienia kombatanckie TAK / NIE**

Adres zameldowania stałego:

Ulica nr domu nr lokalu tel.....

Kod pocztowy miejscowość powiat

Adres zamieszkania:

Ulica nr domu nr lokalu tel.....

Kod pocztowy miejscowość powiat

Przedmiot dofinansowania:

.....

.....
krótka informacja o przedmiocie/zakresie dofinansowania, rodzaj usługi, urządzenia, itp.

Przewidywany koszt całkowity: zł

Wnioskowana kwota dofinansowania: zł

Deklarowane własne środki (min. 5% kosztu całkowitego): zł

Deklarowane środki z innych źródeł:.....zł

Planowany termin rozpoczęcia prac: zakończenie prac

Nazwa banku i numer konta bankowego:.....

.....

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy kosztem całkowitym przedsięwzięcia (pomniejszonej o ewentualne dofinansowania z innych źródeł), a przyznaną kwotą dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

* niepotrzebne skreślić

Przedstawiciel ustawy (dla małoletniego wnioskodawcy), Opiekun prawny lub Pełnomocnik

..... syn/córka PESEL..... NIP.....
 imię (imiona) i nazwisko imię ojca

Serianrwydany w dniu..... przez.....
 dowód osobisty

Ulica nr domu nr lokalu tel.....

Kod pocztowy miejscowość powiat

Ustanowiony Opiekunem*/Pełnomocnikiem*

Postanowieniem Sądu Rejonowego* z dnia sygn. Akt.

Na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dnia repet. Nr.

Informacje dotyczące wnioskodawcy i przedmiotu dofinansowania**I. Rodzaj niepełnosprawności****

1. Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak lub amputacja dłoni/rąk	
2. Inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. Dysfunkcja narządu wzroku	
4. Dysfunkcja narządu słuchu	
5. Dysfunkcja narządu mowy	
6. Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
7. Inna niepełnosprawność (podać jaka)	

II. Sytuacja zawodowa **

1. zatrudniony*/prowadzący działalność gospodarczą*	
2. osoba od lat 16 do 24 uczącą się/studiująca	
3. bezrobotny poszukujący pracy*/rencista poszukujący pracy*	
4. rencista*/emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy	
5. dziecko do lat 16	
6. uczący się poszukujący pracy*/zainteresowany podjęciem pracy*	

III. Korzystanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

Korzystałem*/nie korzystałem* z dofinansowania ze środków PFRON na:	
1. likwidację barier architektonicznych, technicznych lub w komunikowaniu się (data, przedmiot dof. I kwota):	
2. Inne cele ustawowe i rozliczyłem się	
3. Inne cele ustawowe i jestem w trakcie rozliczania	
4. Inne cele ustawowe i nie rozliczyłem się	
5. Inne (podać jakie)	

IV. Opis budynku/mieszkania, sytuacja mieszkaniowa**

1. Dom jednorodzinny prywatny*/ spółdzielczy*/ komunalny*	
2. Dom wielorodzinny prywatny*/ spółdzielczy*/ komunalny*/ wspólnota mieszkaniowa*	
3. Mieszkanie w bloku prywatne*/ spółdzielcze*/ komunalne*/ wspólnota mieszkaniowa*	
- parter*/ piętro (podać które)*	
- liczba pokoi, kuchnia: tak/nie*, łazienka: tak/nie*, WC: tak/nie*	
- wyposażenie łazienki: wanna: tak/nie*, brodzik: tak/nie*, umywalka: tak/nie*, ogrzewanie: tak/nie*	
- w mieszkaniu jest instalacja wody ciepłej: tak/nie*, zimnej: tak/nie*, kanalizacja: tak/nie*	
- ogrzewanie: piecowe: tak/nie*, gazowe: tak/nie*, elektryczne: tak/nie*	

* niepotrzebne skreślić

** proszę wstawić znak X we właściwej rubryce

V. Przedmiot dofinansowania

Wykaz planowanych przedsięwzięć

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Informacje o ewentualnych dofinansowaniach z innych źródeł.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
czytelny podpis wnioskodawcy,
przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego**

VI. Załączniki do wniosku

1. Kopia orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (potwierdzona za zgodność z oryginałem) lub jego odpowiednik,
2. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (potwierdzona za zgodność z oryginałem) osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, w przypadku takich osób,
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności,
4. Oświadczenie o dochodach obliczone jako średnia miesięczna za ostatnie trzy miesiące przed dniem złożenia wniosku,
5. Zaświadczenia o dochodach za 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku
6. W przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym,
7. Kopia decyzji świadczeń pomocy społecznej, jeśli takie świadczenia są pobierane,
8. Zaświadczenie o nauce Wnioskodawcy (w przypadku pobierania nauki),
9. Tytuł prawny do zajmowanego lokalu,
10. Zaświadczenie o zameldowaniu Wnioskodawcy na pobyt stały,
11. Zgoda wystawiona przez właściciela budynku (administrатора) na wykonanie wnioskowanych zmian,
12. Kosztorys budowlany ofertowy (dostarczyć po dokonaniu wizji lokalnej)
13. Dokument przedstawiający w sposób graficzny wnioskowane zmiany w ramach likwidacji barier, 2 szt – przed i po dokonaniu wnioskowanych zmian (dostarczyć po dokonaniu wizji lokalnej)

Do obowiązków Wnioskodawcy należy **uzyskanie uzgodnień, opinii i pozwoleń wymaganych przepisami szczegółowymi oraz pozwoleń na budowę, a także zapewnienie nadzoru inwestorskiego** – w koniecznych przypadkach. Koszt uzyskania pozwolenia oraz nadzoru inwestorskiego pokrywa Wnioskodawca.

** podpisując wniosek Wyraża się zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. nr 101, poz. 926 i nr 153 poz. 127 z 2002 r.)

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

do wniosku o likwidację barier

architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się

W przypadku osób samotnych, w oświadczeniu należy uwzględnić dane dotyczące tylko Wnioskodawcy

Ja niżej podpisany(a) zamieszkały(a)
(Imię i nazwisko)

.....
(ulica, numer domu, numer mieszkania, kod pocztowy, miejscowość)

pouczony(a) o odpowiedzialności karnej przewidzianej w Art. 233 §1 i §2* ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeksu Karnego (Dz. U. Nr 88 z 1997 r. poz. 553) – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy **oświadczam, że średnie miesięczne dochody członków mojej rodziny**, w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych, pomniejszone o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych na rzecz osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczone za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosiły:

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Stopień niepełnosprawności	Średni miesięczny dochód liczony za ostatni kwartał
Dane dotyczące Wnioskodawcy				
1.				
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
RAZEM				
Średni dochód na jedną osobę:				

..... Dnia

Miejscowość

Data

Czytelny podpis **

*Art. 233 §1 – kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

*Art. 233 §2 – warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swych uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania lub odebrał od niego przyrzeczenie

** podpisując wniosek Wyraża się zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. nr 101, poz. 926 i nr 153 poz. 127 z 2002 r.)