

**Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON  
likwidacji barier architektonicznych  
w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych**

RS.554.....2017

.....  
Data wpływu

**Dane Wnioskodawcy**

Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
Data urodzenia	
PESEL	
Stopień niepełnosprawności	
Telefon kontaktowy	

**Dane przedstawiciela ustawowego Wnioskodawcy, opiekuna prawnego, kuratora lub osoby reprezentującej – jeżeli dotyczy**

Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
PESEL	
Telefon kontaktowy	

**Oświadczenie o dochodach**

Przeciętny **miesięczny** dochód tj. dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych podzielonych przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, **obliczonym za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.**

L.p.	Imię i nazwisko	Źródło dochodu	Przeciętny miesięczny dochód (netto)
1.	Wnioskodawca		
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
Suma dochodów wszystkich członków gospodarstwa domowego:			
Średni miesięczny dochód na jedną osobę:			

**Cel dofinansowania**

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

**Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania**

.....  
.....

## Sytuacja mieszkaniowa wnioskodawcy

1.	Dom/mieszkanie: 1. jednorodzinny 2. wielorodzinny 3. blok komunalny 4. blok spółdzielczy 5. inny, jaki?.....	
2.	Liczba pokoi.....	Oddzielna kuchnia 1. tak 2. nie
3.	Budynek: 1. parterowy 2. piętrowy – mieszkanie na ..... piętrze	
4.	Wyposażenie mieszkania w instalacje:	
	Woda zimna: 1. w mieszkaniu 2. poza mieszkaniem 3. poza budynkiem 4. brak wody	Woda ciepła: 1. w mieszkaniu 2. poza mieszkaniem 3. poza budynkiem 4. brak wody
5.	Ogrzewanie: 1. piece węglowe 2. centralne ogrzewanie 3. brak ogrzewania	
6.	Łazienka: 1. w mieszkaniu 2. poza mieszkaniem 3. brak	WC: 1. w mieszkaniu 2. poza mieszkaniem 3. poza budynkiem 4. brak
	Wyposażenie łazienki: 1. wanna 2. brodzik 3. kabina prysznicowa 4. umywalka	
8.	Inne informacje o warunkach mieszkaniowych (występujących utrudnieniach dla osoby niepełnosprawnej)	
	..... ..... ..... ..... ..... ..... .....	

### Przewidywany koszt realizacji zadania

.....  
.....

**Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania**

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

### Informacja o innych źródłach finansowania zadania

.....  
.....

## Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:

## Informacja o kwotach przyznanych wcześniej ze środków PFRON (w ostatnich 3 latach)

L.p.	Cel dofinansowania	Data i numer umowy	Kwota przyznanego dofinansowania	Stan rozliczenia
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

## Uzasadnienie wniosku

## Załączniki wymagane do wniosku:

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub innego równoważnego orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub art. 62 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej (t.j. Dz. U. z 2016r., poz. 2046), a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust.3 ustawy, kopia orzeczenia wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r. (oryginał do wglądu),
2. Kopie orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób,
3. Zaświadczenie lekarza specjalisty,
4. Zaświadczenie o dochodach (decyzja renty/emerytury, zaświadczenie z miejsca pracy),
5. Tytuł prawny do lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (dowód własności, umowa użytkowania wieczystego, inny tytuł wraz ze zgodą właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego, w którym stale zamieszkują na likwidację barier architektonicznych),
6. Zgoda zarządcy nieruchomości na likwidację barier architektonicznych,
7. kserokopia dowodu osobistego (oryginał do wglądu)

## Oświadczenia:

1. Uprzedzona/y o odpowiedzialności w tym także karnej, za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni. Jestem świadoma/y odpowiedzialności w tym także karnej, za złożenie fałszywego oświadczenia.
2. Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych, w bazie danych Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Oświęcimiu dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji zadań ustawowych, zgodnie a ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2016r., poz. 922).

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis Wnioskodawcy