

(Data wpływu i pieczęćka MOPR)

NR SPRAWY: \_\_\_\_\_

## WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

### I. Dane dotyczące Wnioskodawcy (osoba dorosła lub małoletnia) - proszę wypełniać czytelnie drukowanymi literami

|   |   |                           |
|---|---|---------------------------|
| NAZWISKO:                                   | IMIĘ:                                     | Imię ojca:                |
| Data urodzenia: (d\m\r) _____, _____, _____ | Miejsce urodzenia:                        |                           |
| Nr dowodu osobistego.: _____                | Wydany przez:                             |                           |
| W dniu: _____, _____, _____                 | Data ważności dokumentu tożsamości: _____ |                           |
| Stan cywilny:                               | PESEL: _____                              | Kod pocztowy: _____-_____ |
| Miejscowość:                                | Telefon/Fax:                              |                           |
| Adres:                                      | E-mail:                                   |                           |
| Nazwa banku                                 |   |                           |
| Nr rachunku bankowego _____                 |   |                           |

### II. Dane dotyczące stanu zdrowia Wnioskodawcy

#### A. Stopień niepełnosprawności <sup>(1)</sup>

|  |                          |
|--|--------------------------|
| 1. znaczny stopień niepełnosprawności lub całkowita niezdolność do pracy i niezdolność samodzielnej egzystencji lub I grupa inwalidzka | <input type="checkbox"/> |
| 2. umiarkowany stopień niepełnosprawności lub całkowita niezdolność do pracy lub II grupa inwalidzka                                   | <input type="checkbox"/> |
| 3. lekki stopień niepełnosprawności lub częściowa niezdolność do pracy lub III grupa inwalidzka  | <input type="checkbox"/> |

#### B. Rodzaj niepełnosprawności <sup>(1)</sup>

|  |                          |
|--|--------------------------|
| 1. schorzenia narządów ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> |
| 2. schorzenia narządów ruchu   | <input type="checkbox"/> |
| 3. schorzenia narządów wzroku  | <input type="checkbox"/> |
| 4. schorzenia narządów słuchu i mowy   | <input type="checkbox"/> |
| 5. schorzenia psychiczne i umysłowe  | <input type="checkbox"/> |
| 6. pozostałe wraz ze schorzeniami sprzężonymi                                    | <input type="checkbox"/> |

#### C. Naruszenie sprawności organizmu <sup>(1)</sup>

|                   |                          |                       |                          |
|-------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| 1. stałe (trwałe) | <input type="checkbox"/> | 2. czasowe (okresowe) | <input type="checkbox"/> |
|-------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|

(1) proszę wstawić X we właściwej rubryce

### III. Sytuacja zawodowa Wnioskodawcy <sup>(1)</sup>

|   |                          |
|---|--------------------------|
| 1. osoba zatrudniona* lub prowadząca działalność gospodarczą*                           | <input type="checkbox"/> |
| 2. osoba bezrobotna lub poszukująca pracy zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy    | <input type="checkbox"/> |
| 3. osoba pobierająca świadczenie emerytalne lub rentowe zainteresowana podjęciem pracy* | <input type="checkbox"/> |
| 4. osoba nie zainteresowana podjęciem zatrudnienia                                      | <input type="checkbox"/> |
| 5. osoba w wieku od 18 do 24 r.ż., ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca*       | <input type="checkbox"/> |
| 6. dzieci i młodzież do lat 18  | <input type="checkbox"/> |

### IV. Dane dotyczące źródła utrzymania Wnioskodawcy <sup>(1)</sup>

|   |                          |                              |                          |
|---|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| 1. wynagrodzenie za pracę                                   | <input type="checkbox"/> | 6. świadczenie pielęgnacyjne | <input type="checkbox"/> |
| 2. przychody z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej | <input type="checkbox"/> | 7. zasiłek dla bezrobotnych  | <input type="checkbox"/> |
| 3. renta / emerytura  | <input type="checkbox"/> | 8. zasiłek przedemerytalny   | <input type="checkbox"/> |
| 4. świadczenie z pomocy społecznej                          | <input type="checkbox"/> | 9. zasiłek chorobowy         | <input type="checkbox"/> |
| 5. zasiłek pielęgnacyjny                                    | <input type="checkbox"/> | 10. alimenty / inne          | <input type="checkbox"/> |

### V. Sytuacja mieszkaniowa w opinii Wnioskodawcy

#### A. Ocena warunków mieszkaniowych <sup>(1)</sup>

|               |                          |                 |                          |
|---------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| 1. złe        | <input type="checkbox"/> | 3. dobre        | <input type="checkbox"/> |
| 2. przeciętne | <input type="checkbox"/> | 4. bardzo dobre | <input type="checkbox"/> |

#### B. Opis budynku i mieszkania

1. dom jednorodzinny\*, wielorodzinny prywatny\*, wielorodzinny komunalny\*, wielorodzinny spółdzielczy\*
2. budynek z windą\* / bez windy\* inne .....
3. budynek parterowy\*, piętrowy\*, mieszkanie na .....(proszę podać kondygnację)
4. przybliżony wiek budynku lub rok budowy.....
5. opis mieszkania: pokoje.....(podać liczbę), z kuchnią\*, bez kuchni\*, z łazienką\*, bez łazienki\*, z wc\*, bez wc\*
6. łazienka jest wyposażona w: wannę\*, brodzik\*, kabinę prysznicową\*, umywalkę\*
7. w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej\*, ciepłej\*, kanalizacja\*, centralne ogrzewanie\*, prąd\*, gaz\*
8. inne informacje o warunkach mieszkaniowych.....

#### C. Model prowadzonego gospodarstwa domowego <sup>(1)</sup>

|                              |                          |
|------------------------------|--------------------------|
| 1. gospodarstwo jednoosobowe | <input type="checkbox"/> |
| 2. gospodarstwo dwuosobowe   | <input type="checkbox"/> |
| 3. gospodarstwo wieloosobowe | <input type="checkbox"/> |

(1) proszę wstawić X we właściwej rubryce

\* niepotrzebne skreślić

**VI. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym wraz z Wnioskodawcą:**

| L<br>p | Imię i nazwisko             | Niepelnosprawność<br>(tak/nie) | Pokrewieństwo | Wiek | Dochód miesięczny<br>netto |
|--------|-----------------------------|--------------------------------|---------------|------|----------------------------|
| 1.     | <b><u>Wnioskodawca:</u></b> |                                | <b>X</b>      |      |                            |
| 2.     |                             |                                |               |      |                            |
| 3.     |                             |                                |               |      |                            |
| 4.     |                             |                                |               |      |                            |
| 5.     |                             |                                |               |      |                            |
| 6.     |                             |                                |               |      |                            |

**VII. Oświadczenie Wnioskodawcy**

/ wypełnia wnioskodawca, przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny /

Ja .....  
imię i nazwisko

zam. ....

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego\* oświadczam co następuje:  
Przeciętny **miesięczny** dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych,  
**podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym**, obliczony za kwartał  
poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, w którym składany jest wniosek, wynosił  
..... zł.

.....  
(podpis Wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego,  
opiekuna prawnego, pełnomocnika)

**VIII. Dotychczasowe korzystanie ze środków finansowych PFRON:**

| a) nie korzystałem / am  |   |                             |                             | <input type="checkbox"/>              |
|--|---|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|
| b) korzystałem / am  |   |                             |                             | <input type="checkbox"/>              |
| Cel<br>(nazwa programu lub zadania w ramach którego przyznana została pomoc) | Przedmiot dofinansowania<br>(co zostało zakupione ze środków PFRON) | Numer i data zawarcia umowy | Kwota przyznana<br>( w zł.) | Stan rozliczenia<br>(kwota do zwrotu) |
|  |   |                             |                             |                                       |
|  |   |                             |                             |                                       |
|  |   |                             |                             |                                       |
|  |   |                             |                             |                                       |

**IX. Cel i miejsce likwidacji barier ( uzasadnienie wniosku ) :**

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

\* Art. 233 § 1 KK – Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat.

**X. Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier**

**XI. Czy gospodarstwo domowe posiada łącze internetowe? <sup>(2)</sup>**

**TAK -  NIE -**

**XII. Czy w gospodarstwie domowym funkcjonuje komputer? <sup>(2)</sup>**

- NIE FUNKCJONUJE  
 - STARSZY NIŻ 3 LETNI  
 - NOWSZY NIŻ 3 LETNI

**XIII. Przewidywany koszt realizacji zadania**

**XIV. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania <sup>(3)</sup>**

**XV. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na powyższy cel (do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc złożenia wniosku) wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania**

**XVI. Deklarowany udział własny Wnioskodawcy i/ lub sponsora:**

Deklarowany udział własny Wnioskodawcy i/lub sponsora ponad obowiązkowe 5%

**XVII. Informacja o ewentualnym dofinansowaniu z innych źródeł, przeznaczonym na ten cel**

**XVIII. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania zł:**

Cyframi:..... (słownie:.....zł)

**Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.**

Wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych MOPR dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji złożonego wniosku, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018r., poz. 1000)

Uprzedzona / y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U. z 2022, poz. 2238) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

.....  
**(podpis Wnioskodawcy\*, przedstawiciela ustawowego\*,  
opiekuna prawnego\*, pełnomocnika\*)**

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik

..... syn/ córka .....  
imię (imiona) i nazwisko ..... imię ojca .....  
seria.....nr.....wydany w dniu.....przez.....  
dowód osobisty  
nr PESEL ..... miejscowość .....  
ulica ..... województwo ..... nr tel./ faxu (z nr kier.)  
..... Ustanowiony opiekunem\* /pełnomocnikiem\* .....  
(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn.....sygn. art.\*/ na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza  
.....z dn.....repet. nr .....)

(2) dotyczy osób ubiegających się o dofinansowanie zakupu sprzętu komputerowego

(3) wypełnić w przypadku barier architektonicznych \* niepotrzebne skreślić

Załączniki do wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych.

1. Kopia ważnego orzeczenia o znacznym, umiarkowanym bądź lekkim stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego - **oryginał do wglądu;**
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą - **oryginał do wglądu (o ile dotyczy);**
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia;
4. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (akt własności, umowa najmu) wraz ze zgodą administratora budynku na przeprowadzenie prac;
5. Zaświadczenie lub oświadczenie o dochodach Wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą;
6. Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy;
7. Opinia lekarza specjalisty, psychologa lub pedagoga szkolnego, opinia z poradni pedagogiczno - psychologicznej (dotyczy likwidacji barier w komunikowaniu się);
8. Dowód osobisty— **do wglądu;**
9. Oferta cenowa wnioskowanego sprzętu (dot. likwidacji barier technicznych lub w komunikowaniu się);
10. Wstępny kosztorys wnioskowanego przedsięwzięcia sporządzony przez wykonawcę robót (dot.likwidacji barier architektonicznych).