

Numer sprawy.....

Data przyjęcia wniosku (wypełnia GCPR).....

**Gorzowskie Centrum
Pomocy Rodzinie
ul. Walczaka 42
66-400 Gorzów Wlkp.**

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.

1. Dane wnioskodawcy (osoby niepełnosprawnej lub rodzica/opiekuna prawnego dziecka niepełnosprawnego).

Nazwisko:	NIP:
Imię:	PESEL:
Miejscowość:	Kod pocztowy:
Ulica:	Telefon:

W przypadku dziecka niepełnosprawnego proszę podać imię, nazwisko i nr PESEL dziecka.

Nazwisko i imię:	PESEL
------------------	-------

2. Stopień niepełnosprawności*

Znaczny (całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji lub I grupa inwalidztwa)	
Umiarkowany (całkowita niezdolność do pracy lub II grupa inwalidztwa)	
Lekki (częściowa niezdolność do pracy lub III grupa inwalidzka)	

Ważność dokumentu:

- ✓ Stała.....
- ✓ Okresowa do.....

3. Rodzaj niepełnosprawności*

Dysfunkcja narządów ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
Inna dysfunkcja narządów ruchu	
Dysfunkcja narządów wzroku	
Dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

* Wstaw **X** we właściwej rubryce

4. Sytuacja zawodowa

Zatrudniony/ prowadzący działalność gospodarczą	
Bezrobotny poszukujący pracy	
Rencista nie zainteresowany podjęciem pracy	
Rencista poszukujący pracy	
Młodzież od lat 18-24 ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca	
Dzieci i młodzież do lat 18	

5. Dane informacyjne o wnioskodawcy

Wykształcenie	Zaznacz właściwe
Niepełne podstawowe	
Podstawowe	
Zawodowe	
Średnie	
Policealne	
Wyższe	

6. Rodzaj źródła utrzymania

Rodzaj źródła utrzymania	Zaznacz właściwe
Wynagrodzenie za pracę	
Przychody z działalności gospodarczej	
Renta	
Emerytura	
Zasiłek dla bezrobotnych	
Renta socjalna	
Stypendium	

7. Sytuacja mieszkaniowa*

- Dom jednorodzinny, wielorodzinny prywatny, wielorodzinny komunalny, wielorodzinny spółdzielczy, inne:
- Budynek parterowy, piętrowy, mieszkanie na.....(podać kondygnację)
- Przybliżony wiek budynku lub rok budowy.....
- Opis mieszkania: pokoje.....(podać liczbę), z kuchnią, bez kuchni, z łazienką, bez łazienki, z wc, bez wc.
- Łazienka jest wyposażona w: wannę, brodzik, kabinę prysznicową, umywalkę
- W mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej, ciepłej, kanalizacja, centralne ogrzewanie, prąd, gaz
- Inne informacje o warunkach mieszkaniowych
.....
.....
.....

*Niepotrzebne skreślić

8. Zamieszkuje

Samotnie	
Z rodziną (podać stopień pokrewieństwa)	
Z osobami spokrewnionymi	
Inne (podać jakie)	

9. Czy Wnioskodawca posiada rachunek bankowy?*

- Tak
- Nie

Jeśli tak, podać nazwę banku i numer rachunku bankowego:

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

10. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON.

Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON?*

- Tak
- Nie

Cel (nazwa programu lub zadania w ramach którego została przyznana pomoc)	Numer i data zawarcia umowy	Kwota wykorzystana	Kwota rozliczona

Posiadam / nie posiadam* wymagalne zobowiązania wobec PFRON.

Jeśli tak, podać rodzaj i wysokość wymagalnego zobowiązania

.....
.....

11. Cel likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania.

(uzasadnienie składanego wniosku, w jakim stopniu aktywizacja społeczna zostanie zrealizowana dzięki pomocy udzielonej w ramach programu)

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

*Niepotrzebne skreślić

12. Wykaz planowanych przedsięwzięć w celu likwidacji barier i orientacyjny koszt (w kolejności od najważniejszego dla Wnioskodawcy)

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA			WYPEŁNIA KOMISJA (KWOTA)
Lp.	NAZWA	ORIENTACYJNA CENA	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
		RAZEM	

13. Wnioskowana kwota dofinansowania

Łączny koszt planowanego przedsięwzięciazł.
Kwota wnioskowana.....zł (słownie:.....)
.....)

14. Miejsce realizacji zadania (dokładny adres):

.....
.....

15. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:

- termin rozpoczęcia.....
- przewidywany czas realizacji zadania.....

16. Informacje o innych źródłach finansowania przedsięwzięcia określonego w pkt.10 i 11*:

Posiadam inne, poza uzyskanymi z własnych przychodów środki na sfinansowanie zadania lub przyrzeczenie otrzymania środków⁷

- tak
- nie

Jeśli tak, podać kwotę i źródło pochodzenia środków:

.....
.....

*Niepotrzebne skreślić

17. Proszę o przekazanie dofinansowania ze środków PFRON:

przelewem na moje konto osobiste:

nr

przelewem na konto Wykonawcy:

nr

gotówką w kasie Urzędu Miejskiego w Gorzowie Wlkp. ul. Sikorskiego 3-4

Oświadczam, że:

1. podane informacje są zgodne z prawdą,
2. wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych, w bazie danych Gorzowskiego Centrum Pomocy Rodzinie w Gorzowie Wlkp.

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „nie dotyczy”.

Zasady dofinansowania likwidacji barier architektonicznych

1. O dofinansowanie mogą ubiegać się wyłącznie osoby niepełnosprawne mające trudności w poruszaniu się.

2. O dofinansowanie może ubiegać się osoba niepełnosprawna, jeżeli jest właścicielem nieruchomości lub użytkownikiem wieczystym nieruchomości albo posiada zgodę właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego, **w którym zamieszkuje na stałe.**

3. Dofinansowanie likwidacji barier nie przysługuje osobom, które były stroną umowy z PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie tej osoby.

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

.....
(miejsowość i data)

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

Załączniki do wniosku:

Do I etapu:

- kopia dowodu osobistego Wnioskodawcy,
- kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub równoważne potwierdzające niepełnosprawność Wnioskodawcy,
- udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (**akt notarialny, umowa najmu**) oraz aktualne zaświadczenie ze Spółdzielni Mieszkaniowej lub ADM (**załącznik nr 1**)
- aktualne zaświadczenie lekarskie o rodzaju niepełnosprawności Wnioskodawcy o obecnym stanie zdrowia (**załącznik nr 2**)
- zgoda głównego najemcy lub właściciela lokalu na wykonanie wnioskowanego zakresu prac,
- w przypadku osób niepełnosprawnych zameldowanych i zamieszkałych wspólnie dołączyć kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, kopie dokumentacji medycznej z ostatnich lat oraz kopię dowodu osobistego.
- oświadczenie o dochodach (**załącznik nr 3**)
- oświadczenie o posiadaniu środków na wkład własny (**załącznik nr 4**)
- szkic obrazujący stan przed likwidacją barier architektonicznych **/wykonany odręcznie przez Wnioskodawcę/**.

Do II etapu:

- kosztorys,
- pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach),
- zgoda właściciela budynku (spółdzielnia mieszkaniowa, ADM)

**Załącznik nr 1 do wniosku
likwidacja barier architektonicznych**

.....
/pieczęć Sp. Miesz., ADM , inne/

Gorzów Wlkp., dnia

Zaświadcza się, że Pan / Pani
zamieszkuje w lokalu przy ulicy w Gorzowie Wlkp.
w charakterze członka rodziny od dnia do dnia
Głównym najemcą w/w lokalu jest Pan / Pani

Do zamieszkania w/w lokalu uprawnione są następujące osoby:

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

.....
/podpis i pieczęć osoby wystawiającej/

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej lub
Praktyki lekarskiej

Dnia.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb Gorzowskiego Centrum Pomocy Rodzinie

Imię i nazwisko pacjenta.....

Adres zamieszkania.....

Data urodzenia.....

Rodzaj niepełnosprawności.....

.....

Czy niepełnosprawność pacjenta powoduje trudności w poruszaniu się? :

Tak Nie

Czy niepełnosprawność powoduje konieczność zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne? :

Tak Nie Jeśli tak to jakie? :

oprotezowanie / zaopatrzenie kończyn górnych (jednostronnie / obustronne)*,

oprotezowanie / zaopatrzenie kończyn dolnych (jednostronnie / obustronne)*,

wózek inwalidzki kule łokciowe inne.....

Inne uwagi

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

.....
pieczęć i podpis lekarza wystawiającego
zaświadczenie

OŚWIADCZENIE

Ja.....pouczony o odpowiedzialności karnej przewidzianej w **art. 233 § 1** Ustawy z 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, co następuje:

Liczba osób pozostająca we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:
(uprawniony, jego współmałżonek i małżonka i dzieci)

Miesięczny dochód (netto) mojej rodziny z ostatniego roku podatkowego poprzedzającego datę złożenia wniosku wynosi:

.....

Kwota alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób:

.....

Miesięczny dochód (netto) w 2017r. w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego wynosi:

.....

art. 233

§ 1 Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, **podlega karze pozbawienia wolności do lat trzech.**

.....
Podpis osoby przyjmującej
oświadczenie

.....
Data

.....
Czytelny podpis osoby składającej
oświadczenie

OŚWIADCZENIE

Wnioskodawcy o posiadaniu środków na wkład własny
(dotyczy wnioskodawców ubiegających się o dofinansowanie ze środków PFRON)

dla: Gorzowskiego Centrum Pomocy Rodzinie w Gorzowie Wlkp.
w celu dofinansowania likwidacji barier architektonicznych

Niniejszym oświadczam, że Ja
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

Zamieszkały/a w:
(ulica / nr domu / nr mieszkania / kod pocztowy / miejscowość)

posiadam środki finansowe na wkład własny w wysokości wymaganej zasadami zadania.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że maksymalna wysokość dofinansowania ze środków PFRON wynosi do 95% kosztów uznanych przez Gorzowskie Centrum Pomocy Rodzinie.

Deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania- łącznie z obowiązkowym 5 %	%	Kwotazł.
Deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji Sponsorem będzie	%	Kwotazł.
Ogólna wartość nakładów poniesionych przez Wnioskodawcę na wnioskowany cel	Zakres:	Kwotazł.

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

*Niepotrzebne skreślić