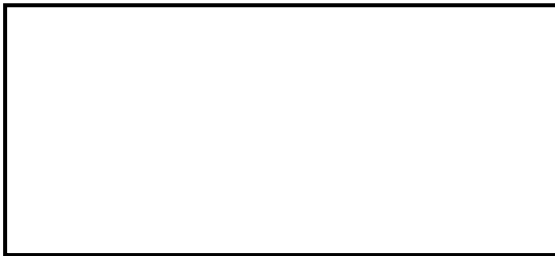


.....  
Numer sprawy



Pieczęć PCPR w Bochni

.....  
Data wpływu kompletnego wniosku

**W N I O S E K**  
o dofinansowanie ze środków  
**Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**  
likwidacji barier architektonicznych  
w miejscu zamieszkania  
w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

**I. Dane dotyczące Wnioskodawcy**

Imię ..... Nazwisko .....  
Dokument potwierdzający tożsamość .....  
seria ..... numer ..... wydany w dniu .....  
przez ..... ważny do dnia .....

PESEL

Adres zamieszkania:

Miejscowość ..... ulica.....  
nr domu ..... nr lokalu ..... nr kodu ..... poczta .....  
powiat ..... województwo .....  
nr telefonu kontaktowego .....

**Przedstawiciel ustawy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny,  
kurator lub pełnomocnik**

..... syn/córka\* .....  
imię i nazwisko ..... imię ojca

Dokument potwierdzający tożsamość .....  
seria ..... numer ..... wydany w dniu .....  
przez ..... ważny do dnia .....

PESEL

1) ustanowiony opiekunem\*/kuratorem\* na podstawie postanowienia Sądu  
Rejonowego w ....., sygn. akt ..... z dnia .....  
2) ustanowiony pełnomocnikiem na podstawie pełnomocnictwa

.....\*

.....  
\* niepotrzebne skreślić

**Adres zamieszkania:**

Miejscowość ..... ulica .....  
 nr domu ..... nr lokalu ..... nr kodu ..... poczta .....  
 powiat ..... województwo .....  
 nr telefonu kontaktowego .....

**Stopień niepełnosprawności (grupa inwalidzka) Wnioskodawcy:**

.....

**Rodzaj niepełnosprawności Wnioskodawcy:**

.....

**Sytuacja zawodowa<sup>1</sup>**

1.	Zatrudniony*/ prowadzący działalność gospodarczą*	
2.	Osoba w wieku od lat 18 do 24 ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca	
3.	Bezrobotny poszukujący pracy*/ rencista poszukujący pracy*	
4.	Rencista*/emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy	
5.	Dzieci, młodzież do lat 18	

**Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje<sup>1</sup>**

1.	Samotnie	
2.	Z rodziną	
3.	Z osobami nie spokrewnionymi	

**Korzystanie przez Wnioskodawcę ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (w ciągu ostatnich 3 lat przed złożeniem wniosku)<sup>2</sup>**

1.	Na likwidację barier architektonicznych:	
1.1	nie korzystałem	
1.2	korzystałem:	
a)	Nr umowy .....	
b)	Cel (przedmiot dofinansowania) .....	
c)	Data przyznania dofinansowania .....	
d)	Stan rozliczenia .....	
2.	W ciągu ostatnich 3 lat <b>byłem(am)</b> stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	

<sup>2</sup> wstaw x we właściwej rubryce

\* niepotrzebne skreślić

## **II. Sytuacja mieszkaniowa – opis miejsca likwidacji barier architektonicznych :**

Adres miejsca likwidacji barier architektonicznych .....

1. dom jednorodzinny\*/ wielorodzinny prywatny\*/ wielorodzinny komunalny\* / wielorodzinny spółdzielczy \*

2. inne .....

3. budynek parterowy\*/ piętrowy\*/ mieszkanie na ..... (należy podać kondygnację),

4. wiek budynku lub rok budowy .....

5. opis mieszkania: liczba pokoi ..... / z kuchnią\*/ bez kuchni\*/ z łazienką\*/ bez łazienki\*/ z wc\*/bez wc\*

6. wyposażenie łazienki: wanna\*/ brodzik\*/ kabina prysznicowa\*/ umywalka\*/ wentylacja\*/ ogrzewanie\*

7. w mieszkaniu jest instalacja wody zimnej\* /cieplej\* / kanalizacja\* /centralne ogrzewanie /prąd\*/ gaz\*

Termin rozpoczęcia zadania .....

Przewidywany czas realizacji zadania .....

## **III. Cel likwidacji barier architektonicznych (proponowany zakres rzeczowy likwidacji) – uzasadnienie wniosku :**

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

## **IV. Koszt realizacji zadania:**

Przewidywany całkowity koszt realizacji zadania:

..... zł, słownie: .....zł

Deklarowany udział własny (minimalnie 5 % kosztu całkowitego):

..... zł, słownie: .....zł

Wnioskowana kwota dofinansowania (maksymalnie 95 % kosztu całkowitego):

..... zł, słownie: .....zł

## **V. Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód**<sup>1</sup>, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnym, **podzielony przez liczbę osób**<sup>2</sup> we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił: ..... **zł**.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym **wynosi** .....

<sup>1</sup>Średni Miesięczny dowód tzn. dochód w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych, pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku

<sup>2</sup>Średnio dochód miesięczny razem podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

2. Oświadczam, że powyższe dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadoma/świadomy odpowiedzialności za składanie nieprawdziwych danych lub zatajenie prawdy. Pouczony o odpowiedzialności karnej na podstawie art. 233 § 1 oraz art. 297 kodeksu karnego za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

**Art. 233 [Falszywe zeznania]**

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

**Art. 297 [Oszustwo finansowe]**

§ 1. Kto, w celu uzyskania dla siebie lub kogo innego, od banku lub jednostki organizacyjnej prowadzącej podobną działalność gospodarczą na podstawie ustawy albo od organu lub instytucji dysponujących środkami publicznymi - kredytu, pożyczki pieniężnej, poręczenia, gwarancji, akredytywy, dotacji, subwencji, potwierdzenia przez bank zobowiązania wynikającego z poręczenia lub z gwarancji lub podobnego świadczenia pieniężnego na określony cel gospodarczy, instrumentu płatniczego lub zamówienia publicznego, przedkłada podrobiony, przerobiony, poświadczający nieprawdę albo nierzetelny dokument albo nierzetelne, pisemne oświadczenie dotyczące okoliczności o istotnym znaczeniu dla uzyskania wymienionego wsparcia finansowego, instrumentu płatniczego lub zamówienia,

podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 2. Tej samej karze podlega, kto wbrew ciążącemu obowiązkowi, nie powiadamia właściwego podmiotu o powstaniu sytuacji mogącej mieć wpływ na wstrzymanie albo ograniczenie wysokości udzielonego wsparcia finansowego, określonego w § 1, lub zamówienia publicznego albo na możliwość dalszego korzystania z instrumentu płatniczego.

§ 3. Nie podlega karze, kto przed wszczęciem postępowania karnego dobrowolnie zapobiegł wykorzystaniu wsparcia finansowego lub instrumentu płatniczego, określonych w § 1, zrezygnował z dotacji lub zamówienia publicznego albo zaspokoił roszczenia pokrzywdzonego.

3. Oświadczam, że nie posiadam zaległości w terminowym regulowaniu zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
4. Oświadczam, że w ciągu trzech ostatnich lat nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.
5. Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Bochni.
6. Zostałem/am poinformowany/na, iż dofinansowanie ze środków Funduszu **nie obejmuje** kosztów zakupu **poniesionych przed przyznaniem środków finansowych** ze środków Funduszu i **przed zawarciem umowy o dofinansowanie** z Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Bochni.
7. Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania.
8. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni tutaj. Centrum.
9. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bochni informuje, że w przypadku podania informacji niezgodnych ze stanem rzeczywistym wniosek pozostawiony będzie bez rozpoznania.

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem:

*W przypadku, gdy wnioskodawca ze względu na stan zdrowia nie może złożyć podpisu i nie posiada opiekuna prawnego, albo kuratora lub nie udzielił osobie trzeciej upoważnienia do występowania w jego imieniu i na jego rzecz zastosowanie znajduje przepis art. 79 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, zgodnie z którym: " Osoba niemogąca pisać, lecz mogąca czytać może złożyć oświadczenie woli w formie pisemnej bądź w ten sposób, że uczyni na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis, bądź też w ten sposób, że zamiast składającego oświadczenie podpisze się inna osoba, a jej podpis będzie poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że został złożony na życzenie niemogącego pisać, lecz mogącego czytać".*

.....  
Miejscowość i data

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

### Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 2011 r. Nr 127, poz. 721 z późn. zm.), a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopia orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r. (oryginał do wglądu).
2. Kopia orzeczenia, o którym mowa wyżej, w przypadku osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą (oryginał do wglądu).
3. Zaświadczenie lekarskie zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności Wnioskodawcy wydane nie później niż 30 dni przed dniem złożenia wniosku – załącznik nr 1 do wniosku.
4. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej – kserokopię zaświadczenia lub wyroku/postanowienia Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego / kuratora (oryginał do wglądu), w przypadku reprezentowania wnioskodawcy przez pełnomocnika – kserokopię pełnomocnictwa (oryginał do wglądu).
5. Potwierdzenie własności budynku / lokalu mieszkalnego, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych tj. odpis aktu notarialnego / odpis księgi wieczystej / elektroniczny wydruk księgi wieczystej / Akt Własności Ziemi oraz aktualna decyzja wymiarowa podatku od nieruchomości (tj. nakaz płatniczy).
6. W przypadku braku własności na rzecz wnioskodawcy – pisemna zgoda wystawiona przez właściciela budynku (administratora) lub lokalu mieszkalnego na dokonanie wnioskowanych zmian.
7. Informacja o innych źródłach finansowania likwidacji barier architektonicznych.
8. Inne wymagane przez PCPR dokumenty.
9. Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych.

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Bochni  
/PROSZĘ O CZYTELNE WYPEŁNIENIE ZAŚWIADCZENIA W JĘZYKU POLSKIM/

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia ..... PESEL .....

Adres zamieszkania .....

#### Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji\*

- dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się:
  - na wózku inwalidzkim
    - na stałe
    - okresowo
  - za pomocą kul, balkoniku, protez lub innych środków pomocniczych
- inna dysfunkcja narządu ruchu: .....
- osoba leżąca
- dysfunkcja narządu wzroku:
  - osoba niewidoma
  - osoba niedowidząca
- dysfunkcja narządu słuchu
- dysfunkcja narządu mowy
- inne (podać jakie) .....

Rozpoznanie i opis choroby zasadniczej:

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

Opis schorzenia będącego przyczyną niepełnosprawności:

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

Stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności zaleca się zaopatrzenie w przedmiot lub urządzenie, lub zapewnienie dostępu do następującej usługi: .....

.....  
.....

Data .....

.....  
**podpis i pieczęć lekarza**

\* właściwe zaznaczyć