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

 (pieczątka jednostki przyjmującej wniosek) (numer kolejny wniosku)

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

 (data wpływu kompletnego wniosku)

# WNIOSEK

**o dofinansowanie ze środków**

**Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

**likwidacji barier architektonicznych**

**w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej**

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)

**Dane dotyczące wnioskodawcy**

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

imię/imiona i nazwisko

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

imię/imiona i nazwisko dziecka\*

PESEL........................................................ nr telefonu............................................................

adres zamieszkania: **……………………………………………………………………….…….**

......................................................................................................................................................nazwa banku, nr rachunku bankowego

## OŚWIADCZENIE:

1. Jestem osobą samotną TAK NIE
2. We wspólnym gospodarstwie domowym wraz z wnioskodawcą pozostają ……… osoby.
3. Przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony
za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi..............................zł.
4. Nie posiadam żadnych dodatkowych źródeł dochodu poza zawartymi w oświadczeniu.
5. Świadomy odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
6. Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku w bazie danych Powiatowego Centrum Pomocy rodzinie w Aleksandrowie Kujawskim dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji zadania likwidacja barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej, zgodnie z ustawa z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016r, poz. 922).
7. Jestem osobą zatrudnioną lub gotowa podjąć zatrudnienie TAK NIE
8. Posiadam własne środki finansowe w wysokości min. ……… %.

I. Informacja o kwotach przyznanych wcześniej ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| cel na jaki zostały przyznane środki | data i nr zawartej umowy | kwota dofinansowania | stan rozliczenia | rozwiązanie umowy z Funduszem z przyczyn leżących po stronie wnioskodawcy |
| 1. na likwidację barier architektonicznych /w komunikowaniu się/ technicznych |  |  |  |  |
| 2. na inne cele ustawowe (podać jakie)* ...........................................................
* ...........................................................
* ...........................................................
 |  |  |  |  |

**II. 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**............................................................................................................................

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

## III. Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania

##

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

…………………………………………………………………………...……………………….…………………………………………………………………………………………………..

IV. Wykaz planowanych przedsięwzięć w celu likwidacji barier i orientacyjny koszt

1. ....................................................................................................................koszt......................

2. ....................................................................................................................koszt.....................

3. ....................................................................................................................koszt.....................

4. .....................................................................................................................koszt.....................

5. .....................................................................................................................koszt..................... 6. .....................................................................................................................koszt.....................

7. .....................................................................................................................koszt.....................

8. .....................................................................................................................koszt.....................

9. .....................................................................................................................koszt.....................

10. .................................................................................................……..........koszt.....................

 **OGÓŁEM: ...........................................**

## Proszę o dofinansowanie w łącznej wysokości .....................................................................zł.

**(słownie:...........................................................................................................................................................................................................................................................................................),**

**co stanowi …… % kosztów realizacji zadania.**

V. Przewidywany czas realizacji zadania:

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

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

 (czytelny podpis wnioskodawcy)

Załączniki do wniosku:

1. Kopia ważnego orzeczenia o znacznym, umiarkowanym bądź lekkim stopniu niepełnosprawności wydanym przez zespół ds. orzekania o niepełnosprawności lub kopia orzeczenia lekarza orzecznika ZUS, bądź równoważnego orzeczenia KIZ lub orzeczenia lekarza orzecznika KRUS wydanego do 31.12.1997 r.( orzeczenia KRUS po 1.01.1998 r.
z mocy ustawy z dnia 27.08.1997 o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych Dz. U. z 2016r. poz. 2046 z późn. zm. nie są honorowane ), **\* oryginał do wglądu.**
2. W przypadku wnioskodawcy-dzieci do 16 roku życia kopia orzeczenia o niepełnosprawności; **\* oryginał do wglądu.**
3. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z wnioskodawcą.
4. Aktualne zaświadczenie od lekarza specjalisty określające sprawność wnioskodawcy
w zakresie narządu ruchu bądź wzroku.
5. Oświadczenie o miejscu pobytu stałego.
6. Zgodę właściciela lub współwłaściciela lokalu na likwidację barier architektonicznych,
w którym zamieszkuje wnioskodawca.
7. W przypadku korzystania z innych źródeł finansowania zadania należy ten fakt udokumentować.
8. Odpis Księgi Wieczystej/Nr Księgi Wieczystej.
9. Szkic przed- i powykonawczy pomieszczenia/planowanych prac.
10. W przypadku wnioskodawcy zatrudnionego bądź gotowego podjąć zatrudnienie stosowny dokument potwierdzający zatrudnienie bądź gotowość podjęcia zatrudnienia.
11. W przypadku wnioskodawcy dziecka i młodzieży uczącej się do 24 roku życia zaświadczenie ze szkoły o kontynuowaniu nauki.

………………………………………. …………………………

 imię i nazwisko wnioskodawcy miejscowość i data

……………………………………….

 nr PESEL

**Oświadczenie**

**o miejscu pobytu stałego**

 Pouczony/a o treści art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2012r
o ewidencji ludności (Dz. U. z 2015r poz. 338), zgodnie z którym pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem

z zamiarem stałego przebywania, oświadczam, że moim miejscem pobytu
stałego/ miejscem pobytu stałego dziecka/ miejscem pobytu stałego osoby

w imieniu której składam wniosek² jest:

…………………………………………………………………………………….

 adres moim miejscem pobytu stałego

**Oświadczam, że uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r Kodeks karny (Dz. U. z 1997r Nr 88 poz. 553 z późn. zm.) – *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 3* potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe na dzień składania oświadczenia.**

 ……………………………………………………

¹ Osoba, której dotyczy wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON

² Niepotrzebne skreślić