

.....
(nr akt i data wpływu kompletnego wniosku)

WNIOSEK

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

Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej

..... syn/córka
imię (imiona) i nazwisko *imię ojca*

seria numer wydany w dniu przez
dowód osobisty

numer PESEL (w przypadku jego nadania)

Adres zamieszkania: 21-500 Biała Podlaska, ul.

województwo lubelskie numer telefonu

Nazwa banku nr rachunku bankowego

Miejsce realizacji zadania

Cel dofinansowania

Przedmiot dofinansowania
należy podać wykaz planowanych przedsięwzięć w kolejności od najważniejszego (inwestycje, zakupy)

Przewidywany koszt realizacji zadania zł.

Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków Funduszu zł.

Termin rozpoczęcia przewidywany czas realizacji zadania

I. A. Stopień niepełnosprawności¹

| 1. Znaczny | |
|---|--|
| • inwalidzi I grupy | |
| • osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji | |
| • osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny – orzeczenie wydane przed 01.01.1998 r. | |
| • osoby w wieku do 16 lat z orzeczoną niepełnosprawnością | |
| 2. Umiarkowany | |
| • inwalidzi II grupy | |
| • osoby całkowicie niezdolne do pracy | |
| 3. Lekki | |
| • inwalidzi III grupy | |
| • osoby częściowo niezdolne do pracy | |
| • osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym – orzeczenie wydane przed 01.01.1998 r. | |

¹wstawić znak X we właściwe rubryki

I. **B. Rodzaj niepełnosprawności**¹

| | |
|---|--|
| 1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim | |
| 2. inna dysfunkcja ruchu | |
| 3. wrodzony brak lub amputacja dłoni lub rąk | |
| 4. dysfunkcja narządu wzroku | |
| 5. dysfunkcja narządów słuchu i mowy | |
| 6. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe) | |
| 7. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia | |
| 8. inne: podać, jakie | |

II. **Sytuacja zawodowa**¹

| | |
|--|--|
| 1. zatrudniony | |
| 2. prowadzący działalność gospodarczą | |
| 3. osoba w wieku powyżej 18 lat ucząca się w systemie szkolnym/studiująca* | |
| 4. bezrobotny poszukujący pracy/rencista poszukujący pracy* | |
| 5. rencista/poszukujący pracy/ nie zainteresowany podjęciem pracy* | |
| 6. emeryt/poszukujący pracy/nie zainteresowany podjęciem pracy* | |
| 7. dzieci i młodzież do lat 18 | |
| 8. Inna: podać jaka | |

III. **A. Sytuacja mieszkaniowa – warunki mieszkaniowe (wypełnia pracownik MOPS)**¹

| | |
|-----------------|--|
| 1. złe | |
| 2. przeciętne | |
| 3. dobre | |
| 4. bardzo dobre | |

III. **B. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i mieszkania**¹

- dom jednorodzinny wielorodzinny prywatny wielorodzinny komunalny wielorodzinny spółdzielczy inne
- budynek parterowy piętrowy mieszkanie na piętrze
- opis mieszkania: pokoje 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
- przybliżony. wiek budynku lub rok budowy

III. **C. Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje**¹

| | |
|---------------------------------|--|
| 1. samotnie | |
| 2. z rodziną | |
| 3. z osobami nie spokrewnionymi | |

IV. **Korzystanie ze środków PFRON**

| | Zaznacz właściwe | Podać wysokość dofinansowania oraz rok podpisania umowy |
|---|------------------|---|
| 1. na likwidację barier architektonicznych i urbanistycznych | | |
| • nie korzystałem | | |
| • korzystałem (w tym ze środków przyznanych przez WOZ i RON) | | |
| 2. korzystałem na inne cele ustawowe i rozliczyłem się | | |
| 3. korzystałem na inne cele ustawowe i jestem w trakcie rozliczenia | | |
| 4. korzystałem i nie rozliczyłem się | | |

¹ wstawić znak X we właściwej rubryce

* niepotrzebne skreślić

V. **Deklarowany udział własny osoby niepełnosprawnej i/lub sponsora** ¹

| | |
|--|--|
| 1. deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zdania – ponad obowiązkowe 20% | |
| 2. deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania | |

VI. **Dane informacyjne o osobie niepełnosprawnej** ¹

| Wykształcenie | Zaznacz właściwe | Rodzaj źródła utrzymania | Zaznacz właściwe |
|--------------------------------|------------------|--|------------------|
| 1. niepełne podstawowe | | 1. wynagrodzenie za pracę | |
| 2. podstawowe | | 2. przychody z działalności gospodarczej | |
| 3. zawodowe | | 3. emerytura | |
| 4. średnie ogólnokształcące | | 4. renta stała/okresowa/szkoleniowa** | |
| 5. średnie zawodowe | | 5. zasiłek dla bezrobotnych | |
| 6. policealne | | 6. zasiłek socjalny | |
| 7. wyższe | | 7. zasiłek stały wyrównawczy | |
| 8. wyższe ze stopniem naukowym | | 8. stypendium | |
| | | 9. alimenty | |
| | | 10. zasiłek pielęgnacyjny | |

¹ wstawić znak X we właściwej rubryce

VII **Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym**

Oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają niżej wymienione osoby

| Lp. | Imię i nazwisko | Wiek | Stopień pokrewieństwa | Dochód osiągnięty w kwartale roku |
|--------|-----------------|------|------------------------------|---|
| 1. | | | Osoba niepełnosprawna | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |
| RAZEM: | | | | |

Oświadczam, że:

- średni miesięczny dochód* przypadający na jedną osobę we wspólnym gospodarstwie domowym wyniósł zł (słownie zł.).
- nie mam zaległości wobec Funduszu,
- w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/łam stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
- wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych MOPS w Białej Podlaskiej – DzPON, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. Z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.)

* **średni miesięczny dochód:** dochód pomniejszony o obciążenie na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego oraz kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku

Prawdziwość oświadczenia stwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem przewidzianym w art. 233, § 1 Kodeksu Karnego, przewidującego za oświadczenie nieprawdy lub zatajenie prawdy karę pozbawienia wolności do lat 3. O zmianach zaistniałych. Po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem

.....
miejsowość, data

.....
podpis osoby niepełnosprawnej/przedstawiciela ustawowego
opiekuna prawnego/pełnomocnika*

