



**POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE**  
Plac Słowiański 6  
82-200 Malbork  
[www.pcpr.powiat.malbork.pl](http://www.pcpr.powiat.malbork.pl)



**Wniosek o udzielenie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na likwidację barier**

Rs. 732. .... 2020

Malbork, dnia ..... 2020

**Architektonicznych**

**I. Przedmiot dofinansowania:**

.....  
.....

**II. Dane dotyczące wnioskodawcy (wypełnić drukowanymi literami)**

.....  
.....

| .....                                | .....                        |
|--------------------------------------|------------------------------|
| ( imię i nazwisko )                  | ( imię ojca )                |
| Data urodzenia.....                  | PESEL.....                   |
| Adres zamieszkania: kod .....- ..... | Miejscowość .....            |
| Ulica.....                           | Nr domu..... nr lokalu ..... |
| Numer telefonu .....                 |                              |

**III. Dane przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika osoby niepełnosprawnej (wypełnić jeśli wniosek dotyczy osoby niepełnoletniej, ubezwłasnowolnionej lub reprezentowanej przez pełnomocnika) :**

p r z e d s t a w i c i e l u s t a w o w y       o p i e k u n p r a w n y

Nazwisko i imię:.....

|                                      |                              |
|--------------------------------------|------------------------------|
| Data urodzenia.....                  | PESEL.....                   |
| Adres zamieszkania: kod .....- ..... | Miejscowość.....             |
| Ulica .....                          | Nr domu..... nr lokalu ..... |
| Numer telefonu.....                  |                              |

**IV. Stopień niepełnosprawności (wstaw X we właściwe miejsce)**

|  |  |
|--|--|
| Znaczny ( I grupa inwalidzka)            |  |
| Umiarkowany ( II grupa inwalidzka)       |  |
| Lekki ( III grupa inwalidzka)            |  |
| W przypadku dzieci do 16 – go roku życia |  |

**V. Trudności w poruszaniu się wnioskodawcy (zaznaczyć właściwą odpowiedź\*):**

- p o r u s z a   s i ę   s a   m o   d z i e   l   n i e ,   .
- p o r u s z a   s i ę   n a   w ó   z   k   u   i   n   w   a   l   i   d   z   k   i   m ,   .
- p o r u s z a   s i ę   p r z y   p o   m o   c y   k   u   l ,   .
- porusza się przy pomocy innych przedmiotów ortopedycznych, tj.....
- osoba leżąca,

**VI. Sytuacja zawodowa (wstaw X we właściwe miejsce):**

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

**VII. A. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku mieszkania:**

- 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.\*

\*- właściwe podkreślić

**B. Sytuacja mieszkaniowa (wstaw X we właściwym miejscu)**

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| Wnioskodawca mieszka samotnie |  |
|-------------------------------|--|

|   |  |
|---|--|
| <b>Wnioskodawca mieszka z rodziną</b>                   |  |
| <b>Wnioskodawca mieszka z osobami nie spokrewnionym</b> |  |

**VIII. Sytuacja rodzinna** (oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym)

| <b>Imię i Nazwisko, stopień pokrewieństwa</b> | <b>Stopień i rodzaj niepełnosprawności</b> | <b>Przeciętny miesięcznych dochód netto</b> |
|---|--|---|
| 1. <i>WNIOSKODAWCA</i>                        |  |   |
| 2.  |  |   |
| 3.  |  |   |
| 4.  |  |   |
| 5.  |  |   |
| 6.  |  |   |

**IX. Informacje o kwotach przyznanych wcześniej ze środków PFRON:  
Wnioskodawca KORZYSTAŁ / NIE KORZYSTAŁ\* w okresie 3 lat wstecz ze środków PFRON**

| <b>Data zawartej umowy</b> | <b>Cel dofinansowania</b> | <b>Kwota</b> | <b>Stan rozliczenia</b> |
|----------------------------|---------------------------|--------------|-------------------------|
|                            |                           |              |                         |
|                            |                           |              |                         |
|                            |                           |              |                         |
|                            |                           |              |                         |
|                            |                           |              |                         |
|                            |                           |              |                         |

\*- właściwe podkreślić

**X. Koszty realizacji zadania:**

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Przewidywalny całkowity koszt realizacji zadania:<br/>(zgodnie z kosztorysem)</b> |  |  |
|--|--|--|



## XII. Oświadczenia

**Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód**, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, **podzielony przez ilość osób we wspólnym gospodarstwie domowym**, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił ..... zł.

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

Uprowadzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego (Dz. U.2018 poz 1600) za podanie informacji niezgodnych z prawdą **oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.**

**Wyrażam zgodę** na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku dla celów realizacji programu dofinansowania likwidacji barier architektonicznych, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018 poz.1000).

**Oświadczam**, że nie posiadam zaległości w terminowym regulowaniu zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz nie była(e)m stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

**Wyrażam zgodę** a przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb realizacji procesu orzeczniczego zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (tzw. RODO)

**Przyjmuję do wiadomości informację, że niniejszy wniosek zostanie rozpatrzony w terminie do 31 maja 2020 roku po uchwaleniu planu finansowego na 2020 rok przez Radę Powiatu Malborskiego.**

**Oświadczam, że zostałem poinformowany, że złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania oraz, że wniosek złożony w 2020 r. nie przechodzi na rok następny.**

.....  
(podpis wnioskodawcy)

### ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU :

- Kopia ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (**oryginał do wglądu**);
- Udokumentowany tytuł prawny do lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier, **np. akt notarialny, umowa najmu, przydział lokalu**;
- Szczegółowy kosztorys planowanych robót z uwzględnieniem kosztów materiałów i robocizny, których dotyczy likwidacja barier architektonicznych;
- Kopię dokumentu potwierdzającego pełnienie funkcji opiekuna prawnego, (**oryginał do wglądu**);
- Pisemna zgoda właściciela lokalu na wykonanie robót, jeśli lokal nie stanowi własności wnioskodawcy;
- W przypadku osób, których orzeczenie nie zawiera symbolu wskazującego o niepełnosprawności z tytułu ruchu (05-R) aktualne zaświadczenie lekarskie, wystawione (przez lekarza) czytelnie i w języku polskim, zawierające wyraźne informacje o rodzaju posiadanych schorzeń utrudniających poruszanie się;
- W koniecznych przypadkach: projekt, pozwolenie na budowę lub decyzja właściwego organu budowlanego o nie wniesieniu sprzeciwu wobec zamiaru wykonania robót;
- Inne dokumenty niezbędne do rozstrzygnięcia sprawy;

Potwierdzam zgodność z oryginałem kserokopii dokumentów dołączonych do wniosku

.....  
data, pieczęć i podpis pracownika przyjmującego wniosek

.....  
( stempel Zakładu Opieki Zdrowotnej lub praktyki lekarskiej)

**ZASWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**  
**Odnosnie likwidacji barier architektonicznych**

**Imię i nazwisko** .....

**Data urodzenia** .....

**Adres zamieszkania** .....

**Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy:**

- dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
- dysfunkcji narządu ruchu – osoba leżąca
- innej dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się przy pomocy:  
- balkonika
- innej dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się przy pomocy:  
- kul, laski itp.
- innej dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się przy pomocy:  
- osób drugich
- dysfunkcji narządu ruchu pozwalającej na samodzielne poruszanie się
- wrodzony brak lub amputacja dłoni i rąk
- dysfunkcja narządu wzroku
- dysfunkcja narządu słuchu
- dysfunkcja narządu mowy
- deficyty rozwojowe (upośledzenie umysłowe)
- niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia
- inne dysfunkcje (podać jakie) .....

( krótka charakterystyka )

W/w niepełnosprawność spowodowana jest .....

Trudności te mogą zostać zlikwidowane / ograniczone poprzez dokonanie następujących działań w związku z likwidacją barier architektonicznych.....

Realizacja w/w działań umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych codziennych czynności:

- tak
- nie

.....  
Miejscowość i data

.....  
(Podpis i pieczęć lekarza wystawiającego zaświadczenie)

