

Powiatowe Centrum
Pomocy Rodzinie
ul. Wiśniowa 10, 29-100 Włoszczowa
tel. (0-41) 39-44-993

..... / 20....
nr kolejny wniosku

.....
data wpływu kompletnego wniosku

Wniosek

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji
barier architektonicznych*,
w komunikowaniu się*, technicznych***

A. Dane dotyczące Wnioskodawcy (wypełnić drukowanymi literami)

Imię i nazwisko syn/córka
(imię ojca)
seria dowodu osobistego numer wydany w dniu
przez.....
nr PESEL nr NIP
dokładny adres: miejscowość ulica nr domu nr lokalu
nr kodu-..... poczta powiat
województwo nr tel/faxu (z nr kier.)

II. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i mieszkania (wypełnić w przypadku ubiegania się o likwidację barier architektonicznych)

- 1/ dom jednorodzinny*, wielorodzinny prywatny*, wielorodzinny komunalny*, wielorodzinny spółdzielczy*, inne
.....
- 2/ budynek parterowy*, piętrowy*, mieszkanie na (podać kondygnację)
- 3/ budynek wyposażony w windę*, inne
- 4/ wiek budynku lub rok budowy /potwierdzony właściwym aktem/
- 5/ opis mieszkania: pokoje (podać liczbę), z kuchnią*, bez kuchni*, z łazienką*, bez łazienki, z
wc*, bez wc*
- 6/ łazienka jest wyposażona w: wannę*, brodzik*, kabinę prysznicową*, umywalkę*,
- 7/ w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej*, ciepłej*, kanalizacja*, centralne ogrzewanie*, prąd*, gaz*, inne
.....

* niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O DOCHODACH

Ja niżej podpisany(a).....
(imię i nazwisko)

oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

L.p.	Imię	Nazwisko	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Dochód miesięczny netto
Dane dotyczące Wnioskodawcy				
1				
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
Razem:				

IV. Średni miesięczny dochód Wnioskodawcy (pomniejszony o zaliczkę na podatek dochodowy i składkę na ubezpieczenie społeczne) przypadający na osobę w gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosi

.....
.....

V. Nazwa banku i numer rachunku bankowego Wnioskodawcy

.....
.....

VI. Miejsce realizacji, cel i zakres likwidacji barier

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

VII. Przewidywany koszt realizacji zadania

VIII. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

IX. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł dofinansowania

X. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania

XI. . Informacje o korzystaniu ze środków PERON⁽

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON					TAK ☐	NIE ☐
Nr i data zawarcia umowy	Kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	Źródło: PERON, WOZIRON, STAROSTWO POWIATOWE	
Syntetyczny opis efektów przyznanego i wykorzystanego dofinansowania						

XII. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków Funduszu

Uprzedzony o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z póź. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 30 dni.

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik

..... syn/córka
imię (imiona) i nazwisko imię ojca
seria nr wydany w dniu przez
dowód osobisty
nr PESEL nr NIP
miejscowość ulica nr domu nr lokalu
dokładny adres
nr kodu - poczta powiat
województwo nr tel/faxu (z nr kier.)
ustanowiony opiekunem*/pełnomocnikiem*
(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. sygn. akt*/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego
przez Notariusza z dn. repet. nr).

* niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie podanych przeze mnie moich danych osobowych teraz i w przyszłości, na zasadach określonych w ustawie z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 101 poz.926 z 2002r.) w bazie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie we Włoszczowie ul. Wiśniowa 10, w związku z ubieganiem się o dofinansowanie ze środków PFRON.

Oświadczam, że zostałem poinformowany o dobrowolności podania tych danych, prawie do ich wglądu oraz ich poprawienia.

Włoszczowa dn.

.....
(podpis wnioskodawcy przedstawiciela ustawowego*,
opiekuna prawnego*, pełnomocnik

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am, stroną umowy zawartej z Funduszem rozwiązywanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam, że nie posiadam zaległości wobec PFRON.

.....
(podpis wnioskodawcy przedstawiciela ustawowego*,
opiekuna prawnego*, pełnomocnik

* niepotrzebne skreślić

Załączniki do wniosku:

Do I etapu

1. Kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub art. 62 ustawy, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998r.
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności.
3. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania/zajmowania/zamieszkiwania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja (dołączyć w przypadku ubiegania się o likwidację barier architektonicznych).
4. Zaświadczenia o dochodach Wnioskodawcy i osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

Do II etapu (bariery architektoniczne)

1. Projekt i kosztorys, pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach)
2. Zgoda właściciela lokalu lub budynku (w koniecznych przypadkach)
3.
4.

Adnotacje przyjmującego wniosek

Etap I

Opinia merytoryczna co do kompletności wniosku i załączników oraz zasadności zaproponowanego przez wnioskodawcę zakresu działania

.....

.....

.....

.....

..

.....

(data i podpis)

Etap II (bariery architektoniczne)

Opinia merytoryczna co do poprawności rozwiązań technicznych i kosztów oraz zgodności z katalogiem likwidacji barier

.....

.....

.....

.....

.....

(data i podpis)

Decyzja o przyznaniu dofinansowania

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(data i podpis)

Włoszczowa, dn.

O ś w i a d c z e n i e

W związku ze złożonym wnioskiem

..... ja niżej podpisany (a)
..... oświadczam, że wyrażam dobrowolną zgodę na
przetwarzanie danych osobowych na potrzeby wewnętrzne Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie we
Włoszczowie, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz.
U. z 2002r., Nr 101, poz. 926).

.....
podpis osoby składającej oświadczenie

Włoszczowa dnia.....200..r.

Oświadczenie

Oświadczanie, że jest mi znana treść art. 233§1 Kodeksu Karnego: „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.

.....
czytelny podpis

Data

Oświadczenie

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych PCPR dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji zadań, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 101 poz.926 z 2002r.).

.....
czytelny podpis

Oświadczenie

Ja niżej podpisany/na oświadczam, że nie jestem płatnikiem podatku VAT.

.....
Podpis oświadczającego