



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

Nr sprawy..... data wpływu.....

## W N I O S E K

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych **likwidacji barier architektonicznych** w związku  
z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

### I. DANE OSOBOWE WNIOSKODAWCY

#### DANE WNIOSKODAWCY

(DZIECKA/PODOPIECZNEGO)- właściwie podkreślić

IMIĘ..... NAZWISKO .....

DATA URODZENIA..... PESEL

MIEJSCOWOŚĆ..... KOD POCZTOWY  -

ULICA ..... NR DOMU..... NR MIESZKANIA.....

DOWÓD OSOBISTY SERIA.....nr..... WYDANY W DNIU..... PRZEZ.....

..... TELEFON.....

#### DANE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO/PEŁNOMOCNIKA

właściwie podkreślić

IMIĘ..... NAZWISKO.....

DATA URODZENIA..... PESEL

MIEJSCOWOŚĆ..... KOD POCZTOWY  -

ULICA ..... NR DOMU..... NR MIESZKANIA.....

DOWÓD OSOBISTY SERIA.....nr..... WYDANY W DNIU..... PRZEZ.....

..... TELEFON.....

**1. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik** (proszę wstawić X we właściwej rubryce)

|  |  |
|--|--|
| <b>Znaczny</b>   |  |
| I grupa inwalidzka   |  |
| Osoba całkowicie niezdolna do pracy i do samodzielnej egzystencji  |  |
| Osoba stale albo długotrwale niezdolna do pracy w gospodarstwie rolnym, której przysługuje zasiłek pielęgnacyjny |  |
| <b>Umiarkowany</b>   |  |
| II grupa inwalidzka  |  |
| Osoba całkowicie niezdolna do pracy  |  |
| <b>Lekki</b>   |  |
| Osoby częściowo niezdolne do pracy   |  |
| Osoby stale i długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym  |  |
| Inwalidzi III grupy  |  |
| Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności  |  |
| Orzeczenie ważne do:   |  |

**2. Rodzaj niepełnosprawności** (proszę wstawić X we właściwej rubryce)

|   |  |
|---|--|
| 1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim |  |
| 2. inna dysfunkcja narządu ruchu  |  |
| 3. dysfunkcja narządu wzroku  |  |
| 4. dysfunkcja narządu słuchu  |  |
| 5. dysfunkcja narządu mowy  |  |
| 6. upośledzenie umysłowe  |  |
| 7. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia                                   |  |
| 8. inny/jaki?   |  |

**3. Sytuacja zawodowa**

|  |  |
|--|--|
| 1. Zatrudniony*/prowadzący działalność gospodarczą*                        |  |
| 2. Osoba w wieku od 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. Osoby utrzymujące się z zasiłków z pomocy społecznej                    |  |
| 6. Dzieci, młodzież do lat 18  |  |

\* niepotrzebne skreślić

#### 4. Średni dochód miesięczny na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy

|   |                                     |  |
|---|-------------------------------------|--|
| Średni miesięczny dochód netto w gospodarstwie domowym      |                                     |  |
| Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym |                                     |  |
|   | w tym liczba osób niepełnosprawnych |  |
| Średni dochód miesięczny netto na osobę                     |                                     |  |

#### 5. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON

korzystałem/łam:

TAK

NIE

| Lp. | Numer umowy (jeśli dotyczy) | Cel umowy | Data przyznanego dofinansowania | Kwota przyznanego dofinansowania | Stan rozliczenia |
|-----|-----------------------------|-----------|---------------------------------|----------------------------------|------------------|
|     |                             |           |                                 |                                  |                  |
|     |                             |           |                                 |                                  |                  |
|     |                             |           |                                 |                                  |                  |
|     |                             |           |                                 |                                  |                  |

6. Przedmiot dofinansowania .....  
należy podać nazwę urządzenia (ewentualny montaż), rodzaj usługi

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

#### 7. Miejsce likwidacji barier

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

8. Cel, na który zostanie przekazane dofinansowanie (wykaz planowanych przedsięwzięć oraz przewidywany koszt):

- 1.....zł
- 2.....zł
- 3.....zł
- 4.....zł
- 5.....zł

## 9. Uzasadnienie wniosku

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

## 10. Termin realizacji zadania

.....

## 11. Przewidywany koszt realizacji zadania:

Kwota: .....zł

(słownie: .....złotych)

## 12. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania (do końca miesiąca poprzedzając miesiąc, w którym składany jest wniosek):

Kwota: .....zł (słownie: .....złotych)

## 13. Źródła dotychczasowego finansowania zadania

.....  
.....

## 14. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania:

Kwota: .....zł

(słownie: .....złotych)

Wysokość dofinansowania wynosi do 95% kosztów przedsięwzięcia, nie więcej jednak niż do wysokości piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia.

## Proszę o przekazanie dofinansowania na:

Nr konta.....  
(nazwa banku i numer konta bankowego)

konto wskazane w fakturze

## II. Informacje końcowe

1. Oświadczam, że w ciągu **ostatnich 3 lat korzystałem(am)/ nie korzystałem(am)\*** ze środków PFRON na realizację zadania z zakresu likwidacji barier architektonicznych.

2. Zobowiązuję się do **zapłacenia z własnych środków** pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem\*/ kosztem usługi\*, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł, a przyznaną ze środków PFRON kwotą dofinansowania.

3. Oświadczam, że **posiadam\*/ nie posiadam\*** środki finansowe z innych źródeł na dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych.

| Lp | Źródło finansowania | Cel dofinansowania | Kwota | Dokument potwierdzający |
|----|---------------------|--------------------|-------|-------------------------|
| 1  |                     |                    |       |                         |
| 2  |                     |                    |       |                         |
| 3  |                     |                    |       |                         |
| 4  |                     |                    |       |                         |

\*niepotrzebne skreślić

4. Oświadczam, iż przed złożeniem wniosku zapoznałem(am) się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych, która dostępna jest w siedzibie PCPR w Wodzisławiu Śląskim oraz na stronie [www.pcpr-wodzislaw.pl](http://www.pcpr-wodzislaw.pl), a Administratorem danych osobowych jest Dyrektor, reprezentujący Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wodzisławiu Śląskim.

5. Pouczony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r.-Kodeks Karny (Dz. U. z 2018, poz. 1600) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Dyrektora PCPR o wszelkich zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku, mających wpływ na sposób jego rozpatrzenia.

.....  
podpis wnioskodawcy/przedstawiciela

## **I ETAP**

### **Wymagane załączniki do wniosku:**

| <b>Załączniki:</b>   | <b>Załączono<br/>tak/nie</b> |
|--|------------------------------|
| 1. Kopia orzeczenia potwierdzającego niepełnosprawność (oryginał do wglądu).   |                              |
| 2. Oryginały orzeczeń o niepełnosprawności innych osób zamieszkujących wspólnie z Wnioskodawcą - do wglądu.  |                              |
| 3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, wystawione czytelnie i w języku polskim przez lekarza specjalistę zawierające informację o rodzaju posiadanych schorzeń utrudniających poruszanie się - zgodnie z załącznikiem.   |                              |
| 4. Aktualne dokumenty potwierdzające prawo własności lub wieczystego użytkownika nieruchomości. Własność potwierdza odpis z Księgi Wieczystej. W przypadku, gdy wskazany tam właściciel/współwłaściciel nie żyje, konieczne jest potwierdzenie stwierdzenia nabycia spadku albo poświadczenie dziedziczenia. |                              |
| 5. W przypadku mieszkania spółdzielczego lub komunalnego bez względu na formę własności zgoda właściciela budynku na wykonanie robót we wnioskowanym zakresie (np. Spółdzielni Mieszkaniowej, Wspólnoty Mieszkaniowej).  |                              |
| 6. W przypadku najmu – kserokopia umowy najmu (oryginał do wglądu).  |                              |
| 7. Pisemna zgoda właścicieli/współwłaścicieli budynku na wykonanie robót we wnioskowanym zakresie.   |                              |
| 8. Szkic pomieszczeń, których dotyczy likwidacja barier architektonicznych (z podaniem ich wymiarów, obecnego i projektowanego układu funkcjonalnego).   |                              |
| 9. Kopia pełnomocnictwa lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego w przypadku gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego (oryginał do wglądu).  |                              |
| 10. Pisemna informacja o innych źródłach dofinansowania zadania (np. oświadczenie sponsora).   |                              |
| 11. Wstępny planowany kosztorys.   |                              |
| 12. Inne dokumenty (jakie)   |                              |

## **II ETAP**

|   |  |
|---|--|
| 1. Szczegółowy kosztorys.                           |  |
| 2. Pozwolenie na budowę/przebudowę (jeśli dotyczy). |  |
| 3. Przyjęte pełnomocnictwo inwestora zastępczego.   |  |

.....  
(stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki zawodowej)

.....,dnia.....

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

wydane dla potrzeb PCPR  
(prosimy wypełnić czytelnie)

**Imię i Nazwisko pacjenta**.....

**Nr PESEL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:**

.....  
.....

**2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną, powodującą trudności w poruszaniu:**

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

**3. Używane zaopatrzenia ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny:**

.....  
.....

**4. Niepełnosprawność ruchu pacjenta dotyczy (zakreślić właściwe):**

- brak kończyn górnych
- brak kończyn dolnych
- znacznego niedowładów kończyn górnych
- umiarkowanego niedowładów kończyn górnych
- znacznego niedowładów kończyn dolnych
- umiarkowanego niedowładów kończyn dolnych
- jednoczesnej dysfunkcji kończyn dolnych i górnych w stopniu:.....
- jednoczesnej dysfunkcji co najmniej jednej kończyny górnej o kończyn dolnych
- jednoczesnej kończyny dolnej i kończyny górnej w stopniu: .....
- układowej choroby tkanki łącznej, w stopniu:
  - lekkim
  - umiarkowanym
  - znacznym

- zapalenia stawów z towarzyszącym zapaleniem stawów kręgosłupa, w stopniu:
  - lekkim
  - umiarkowanym
  - znacznym
- choroby zwyrodnieniowej stawów, w stopniu:
  - lekkim
  - umiarkowanym
  - znacznym
- choroby kości i chrząstek z upośledzeniem wydolności czynnościowej, w stopniu:
  - lekkim
  - umiarkowanym
  - znacznym
- nowotworów narządu ruchu, w stopniu:
  - lekkim
  - umiarkowanym
  - znacznym
- choroby narządu wzroku, powodujące ograniczenie jego sprawności, prowadzące do obniżenia ostrości wzroku w stopniu: .....
- inne:.....

.....  
(pieczętka i podpis lekarza specjalisty)

**! Zaświadczenie wydaje lekarz specjalista.**



---

! Podczas składania wniosku należy przedłożyć do wglądu dokument potwierdzający wysokość dochodu dla każdego pełnoletniego członka wspólnego gospodarstwa domowego.

Przykłady dokumentów potwierdzających dochód:

- zaświadczenie o zarobkach z zakładu pracy,
  - decyzja o przyznaniu renty lub emerytury,
  - ostatnia waloryzacja emerytury,
  - ostatni odcinek wypłaty renty lub emerytury,
  - zaświadczenie z ZUS/KRUS o otrzymywaniu renty lub emerytury,
  - itp.
-