



<b>C. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY</b> (we właściwej rubryce wpisać TAK)		Trwale/ na czas określony do ...
<b>1.</b>	Znaczny stopień niepełnosprawności	
	Inwalidzi I grupy	
	Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
	Osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
<b>2.</b>	Umiarkowany stopień niepełnosprawności	
	Inwalidzi II grupy	
	Osoby całkowicie niezdolne do pracy	
<b>3.</b>	Lekki stopień niepełnosprawności	
	Osoby częściowo niezdolne do pracy	
	Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	
<b>4.</b>	Osoby w wieku do lat 16, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	

<b>D. RODZAJ OGRANICZENIA SPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY</b> (we właściwej rubryce wpisać TAK)		
<b>1.</b>	Osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim	
<b>2.</b>	Osoba poruszająca się przy pomocy innych przedmiotów ortopedycznych niż wózek inwalidzki	
<b>3.</b>	Osoba nie poruszająca się samodzielnie - leżąca	
<b>4.</b>	Osoba poruszająca się bez pomocy przedmiotów ortopedycznych, posiadająca dysfunkcję narządu ruchu	
<b>5.</b>	Osoba niewidoma	
<b>6.</b>	Osoba niedowidząca	
<b>7.</b>	Osoba niesłysząca	
<b>8.</b>	Inne (jakie?)	

<b>E. SYTUACJA ZAWODOWA WNIOSKODAWCY</b> (we właściwej rubryce wpisać TAK)		
<b>1.</b>	Zatrudniony/aktywny zawodowo	
<b>2.</b>	Prowadzący działalność gospodarczą/rolniczą	
<b>3.</b>	Osoba w wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca	
<b>4.</b>	Bezrobotny poszukujący pracy/ rencista poszukujący pracy	
<b>5.</b>	Emeryt/ rencista nie zainteresowany podjęciem pracy	
<b>6.</b>	Dzieci i młodzież do lat 18	

<b>F. SYTUACJA RODZINNA WNIOSKODAWCY</b> (we właściwej rubryce wpisać TAK)		
<b>1.</b>	Osoba mieszkająca samotnie	
<b>2.</b>	Osoba zamieszkująca wyłącznie z niepełnosprawnym małżonkiem lub opiekunem lub niepełnosprawnymi członkami rodziny	
<b>3.</b>	Osoba zamieszkująca z pełnosprawnymi i niepełnosprawnymi członkami rodziny	
<b>4.</b>	Osoba zamieszkująca tylko z pełnosprawnymi członkami rodziny	

<b>G. OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE ZAMIESZKUJĄCE Z WNIOSKODAWCĄ</b>		
Lp.	Imię i nazwisko	Rodzaj niepełnosprawności
<b>1.</b>		
<b>2.</b>		
<b>3.</b>		

<b>H. SYTUACJA MIESZKANIOWA WNIOSKODAWCY</b> (we właściwej rubryce wpisać TAK)				
<b>1. DOM</b>				
JEDNORODZINNY		WIELORODZINNY PRYWATNY		WIELORODZINNY KOMUNALNY
WIELORODZINNY SPÓŁDZIELCZY		INNE - _____		
<b>2. BUDYNEK</b>				
PARTEROWY		PIĘTROWY		MIESZKANE NA _____ PIĘTRZE
POSIADA WINDĘ		NIE POSIADA WINDY		PRZYBLIŻONY WIEK BUDYNKU LUB ROK BUDOWY _____
<b>3. OPIS MIESZKANIA/ DOMU</b>				
LICZBA POKOI _____		KUCHNIA		BEZ KUCHNI
ŁAZIENKA		BEZ ŁAZIENKI		WC _____ BEZ WC _____
INSTALACJA WODY ZIMNEJ		INSTALACJA WODY CIEPŁEJ		KANALIZACJA
CENTRALNE OGRZEWANIE		PRĄD		GAZ
<b>4. ŁAZIENKA</b>				
WANNA		BRODZIK		KABINA PRYSZNICOWA _____ UMYWALKA _____
<b>5. INNE INFORMACJE O WARUNKACH MIESZKANIOWYCH</b>				
_____				
_____				

<b>I. OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW I LICZBIE OSÓB POZOSTAJĄCYCH WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM</b>
Oświadczam, że 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.
Słownie: _____ zł.
Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym _____

<b>J. WNIOSKODAWCA ORAZ OSOBY POZOSTAJĄCE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z WNIOSKODAWCĄ</b>				
Lp.	Imię i nazwisko	Rok urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Przeciętny miesięczny dochód za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku
1.			wnioskodawca	
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

<b>K. NAZWA BANKU I NR RACHUNKU BANKOWEGO</b>
1. NAZWA BANKU
2. NR RACHUNKU BANKOWEGO
□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□

<b>L. MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA</b>
_____



## R. INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

Korzystałem/am ze środków finansowych PFRON (właściwie zaznaczyć, w przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK proszę wypełnić poniższą tabelę)

TAK  NIE

Cel (nazwa zadania ustawowego oraz/lub nazwa programu celowego, w ramach którego przyznana została pomoc)	Nr zawartej umowy	Data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Termin rozliczenia	Kwota rozliczona
<b>RAZEM</b>	_____	_____		_____	

## S. WYSOKOŚĆ KWOTY WNIOSKOWANEGO DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW FUNDUSZU

1. KWOTA

2. SŁOWNIE

## Część II.

### OŚWIADCZENIA

- Oświadczam, że nie posiadam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, nie byłem w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
- Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych PCPR w Polkowicach dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji niniejszego wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U.2016r., poz. 922 ).
- Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że kwota dofinansowania do likwidacji barier technicznych wynosi do 95% kosztów przedsięwzięcia oraz, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu. Oświadczam, że w przypadku przyznania dofinansowania będę dysponował/a środkami finansowymi na opłacenie udziału własnego w postaci różnicy pomiędzy kwotą dofinansowania, ewentualnym dofinansowaniem z innych źródeł, a całkowitym kosztem realizacji zadania. Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie uzyskałem/am dofinansowania ze środków PFRON na likwidację barier technicznych.
- Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (o czym zostałem/am uprzedzony/a).
- Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier technicznych nie uzyskałem na ten cel dofinansowania ze środków Funduszu.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Polkowicach.

**Część III.**

<b>A. PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY, OPIEKUN PRAWNY LUB PEŁNOMOCNIK</b> (wypełnić tylko w przypadku takiego stanu prawnego)			
1. Imię i nazwisko			
2. Data urodzenia		3. Pesel	
		□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	
4. Dowód osobisty SERIA _____ NR _____ WYDANY W DNIU _____ PRZEZ _____ WAŻNY DO _____			
5. ADRES ZAMIESZKANIA			
Ulica		Nr domu	Nr mieszkania
Miejscowość	Kod pocztowy	Powiat	Województwo
6. USTANOWIONY OPIEKUNEM/PEŁNOMOCNIKIEM OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ (imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)			
_____			
POSTANOWIENIEM SĄDU			
_____ W _____			
Z DNIA _____			
SYG. AKT. _____ lub			
7. USTANOWIONY PEŁNOMOCNIKIEM OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ (imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)			
_____			
NA MOCY PEŁNOMOCNICTWA POTWIERDZONEGO PRZEZ NOTARIUSZA _____			
_____			
Z DNIA _____			
_____ REPET. NR _____			

\_\_\_\_\_  
CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY, PRZEDSTAWICIELA  
USTAWOWEGO, OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA

DATA \_\_\_\_\_

## **POUCZENIE!**

### **Ustawa z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny (Dz.U. 2017, poz 2204 t.j.)**

#### **Art. 233**

- § 1. Kto, składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat.
- § 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat.
- § 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania lub odebrał od niego przyrzeczenie.

#### **ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:**

1. Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopia orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998r. (oryginał do wglądu).
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, (w przypadku takich osób).
3. Aktualne zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę właściwego dla dysfunkcji, z której wynika niepełnosprawność, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności i uzasadniające konieczność zakupu wnioskowanego przedmiotu dofinansowania w ramach likwidacji barier technicznych, wypełnione czytelnie w języku polskim.
4. Oferta cenowa lub faktura PRO-FORMA wnioskowanego przedmiotu dofinansowania wydana przez sklep, hurtownię.

#### **UWAGA!**

**W przypadku złożenia wniosku, w którym występują uchybienia i nieusunięcie ich w wyznaczonym przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Polkowicach terminie, powoduje pozostawienie go bez rozpatrzenia.**

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „nie dotyczy”. W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca w odpowiedniej rubryce wpisać „w załączeniu – załącznik nr ...” przypisując numery załączników do punktów, których dotyczą.

**CZĘŚĆ IV.**

**WYPEŁNIA POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W POLKOWICACH**

A. ADNOTACJE PRZYJMUJĄCEGO WNIOSK
B. UCHYBIENIA STWIERDZONE WE WNIOSKU
Uchybienia usunięto w dniu _____ / nie usunięto
C. UWAGI

DATA I PODPIS PRACOWNIKA MERYTORYCZNEGO \_\_\_\_\_

**CZĘŚĆ V.**

A. DECYZJA O ROZPATRZENIU WNIOSKU		
<input type="checkbox"/> POZYTYWNA	<input type="checkbox"/> NEGATYWNA	<input type="checkbox"/> WNIOSEK POZOSTAWIONY BEZ ROZPATRZENIA

DATA I PODPIS DYREKTORA PCPR W POLKOWICACH \_\_\_\_\_