

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

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

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

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

G. OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE ZAMIESZKUJĄCE Z WNIOSKODAWCĄ		
Lp.	Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą	Rodzaj niepełnosprawności
1.		
2.		
3.		

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

I. OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW I LICZBIE OSÓB POZOSTAJĄCYCH WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM
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 _____

J. WNIOSKODAWCA ORAZ OSOBY POZOSTAJĄCE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z WNIOSKODAWCĄ			
L.p.	Rok urodzenia	Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą	Przeciętny miesięczny dochód za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku
1.		wnioskodawca	
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

K. NAZWA BANKU I NR RACHUNKU BANKOWEGO
1. NAZWA BANKU
2. NR RACHUNKU BANKOWEGO
□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□

L. MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA

Ł. CEL DOFINANSOWANIA

M. PRZEWIDYWANY KOSZT REALIZACJI ZADANIA

1. KWOTA

2. SŁOWNIE

N. TERMIN ROZPOCZĘCIA I PRZEWIDYWANY CZAS REALIZACJI ZADANIA

1. TERMIN ROZPOCZĘCIA ZADANIA

2. PRZEWIDYWANY CZAS REALIZACJI ZADANIA

**O. INFORMACJA O OGÓLNEJ WARTOŚCI NAKŁADÓW DOTYCHCZAS PONIESIONYCH PRZEZ
WNIOSKODAWCĘ NA REALIZACJĘ ZADANIA DO KOŃCA MIESIĄCA POPRZEDZAJĄCEGO MIESIĄC,
W KTÓRYM SKŁADANY JEST WNIOSEK WRAZ Z PODANIEM DOTYCHCZASOWYCH ŹRÓDEŁ
DOFINANSOWANIA**

**P. INFORMACJA O INNYCH ŹRÓDŁACH FINANSOWANIA ZADANIA, POTWIERDZONA
ODPOWIEDNIMI DOKUMENTAMI**

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
RAZEM	_____	_____		_____	

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 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.

A. PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY, OPIEKUN PRAWNY LUB PEŁNOMOCNIK (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 WNIOSEK

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 _____