



**POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W ŚWIDNIKU**

UL. ELIZY ORZESZKOWEJ 4, 21 - 040 ŚWIDNIK

TELEFON / FAX 81 751 54 32

e-mail: KANCELARIA@PCPR-SWIDNIK.PL | WWW.PCPR-SWIDNIK.PL

**WYPEŁNIA PCPR**

.....  
pieczęć wpływu i podpis pracownika PCPR

.....  
numer sprawy

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW  
PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH  
LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH, W KOMUNIKOWANIU SIĘ I TECHNICZNYCH**  
(wypełnia osoba niepełnosprawna)

**DANE WNIOSKODAWCY:**

Imię i nazwisko .....

PESEL<sup>1</sup> .....

Adres zamieszkania .....

Numer telefonu (*podanie numeru telefonu jest dobrowolne*) .....

**POSIADANE ORZECZENIE<sup>2</sup>:**

- o stopniu niepełnosprawności:  znacznym  umiarkowanym  lekkim
- o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów:  I grupy  II grupy  III grupy
- o całkowitej niezdolności do pracy  o częściowej niezdolności do pracy  
 o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym  
 o niezdolności do samodzielnej egzystencji
- o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia

**SYTUACJA RODZINNA:**

1. Wnioskodawca zamieszkuje<sup>2</sup>:

- samotnie  z członkami rodziny  z osobami nie spokrewnionymi

<sup>1</sup> W przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL wpisać numer dokumentu tożsamości

<sup>2</sup> Zaznaczyć właściwe

**2. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą:**

Lp.	Stopień pokrewieństwa	Stopień niepełnosprawności (jeżeli dotyczy)

**SYTUACJA ZAWODOWA WNIOSKODAWCY<sup>2</sup>:**

- Zatrudniony / Prowadzący działalność gospodarczą
- Bezrobotny / Pozostający bez zatrudnienia
- Emeryt / Rencista
- Młodzież od 18 do 24 roku życia ucząca się w systemie szkolnym / studiująca
- Dzieci i młodzież do 18 roku życia

MIEJSCE	REALIZACJI	ZADANIA	(LIKWIDACJI	BARIER):
Miejscowość .....	Kod pocztowy.....			
Ulica.....	Nr posesji .....			
Gmina .....	Powiat .....			
Województwo .....				

**CEL DOFINANSOWANIA (UZASADNIENIE POTRZEBY LIKWIDACJI BARIER ZE WSKAZANIEM ISTNIEJĄCYCH BARIER W MIEJSCU REALIZACJI ZADANIA):**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**INFORMACJE O PRZEDMIOCIE DOFINANSOWANIA**

1. Wykaz planowanych przedsięwzięć w celu likwidacji barier oraz ich koszt:

Lp.	Określenie zadania / przedmiotu	Przewidywany koszt realizacji / zakupu (w zł)
....	.....	.....
....	.....	.....
....	.....	.....
....	.....	.....
....	.....	.....
....	.....	.....
RAZEM		

2. łączna wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:.....zł.

Słownie .....zł.

3. Planowany termin rozpoczęcia realizacji zadania .....

4. Przewidywany czas realizacji zadania.....

5. 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 finansowania:.....zł.

Dotychczasowe źródła finansowania: .....

.....

.....

6. Informacja o innych źródłach, z których sfinansowane zostanie zadanie (poza własnymi oraz środkami PFRON, źródła należy udokumentować): .....

.....

.....

.....

.....

**INORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM, NA KTÓRY PRZEKAZANE ZOSTANIE DOFINANSOWANIE:**

Właściciel konta.....

Numer rachunku.....

Nazwa banku .....

**INFORMACJA O KWOTACH WCZEŚNIEJ PRYZNANYCH ZE ŚRODKÓW PFRON:**

Lp.	Wysokość przyznanej kwoty (w zł)	Nr umowy, w ramach której przyznano kwotę	Data przyznania dofinansowania	Cel dofinansowania	Stan rozliczenia
1	2	3	4	5	6
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

**OŚWIADCZENIA I POUCZENIE**

1. 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, **wyniósł** ..... **zł.**  
**Liczba osób** we wspólnym gospodarstwie domowym **wynosi** .....
2. Do wniosku o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych **należy dołączyć aktualne orzeczenie** o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne Wnioskodawcy, wraz z **zaświadczeniem lekarza** o potrzebie likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się lub technicznych.
3. Do wniosku o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych **należy dołączyć dokument potwierdzający prawo do dysponowania budynkiem / lokalem**, w którym ma nastąpić likwidacja barier, a w przypadku, gdy Wnioskodawca nie jest właścicielem budynku/lokalu – również **pisemną zgodę wszystkich właścicieli** na przeprowadzenie likwidacji barier architektonicznych.
4. Dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych przysługuje oddzielnie na każdy rodzaj zadania.

5. Dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych nie przysługuje osobom niepełnosprawnym, które w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku uzyskały odpowiednio na te cele dofinansowanie ze środków PFRON.
6. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.
7. Jeżeli wniosek składany jest przez kuratora/opiekuna prawnego lub pełnomocnika w imieniu osoby zainteresowanej, należy dołączyć do niego odpowiednio kopię orzeczenia lub zaświadczenia sądu o ustanowieniu kuratora/opiekuna prawnego lub pełnomocnictwo.
8. Przyjmuję do wiadomości, że złożony wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych zostanie rozpatrzony po przyjęciu przez Radę Powiatu w Świdniku uchwały w sprawie określenia do realizacji w danym roku kalendarzowym zadań, na które przeznaczono środki Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, przypadające według algorytmu określonego odrębnymi przepisami dla Powiatu Świdnickiego.
9. W przypadku powzięcia wątpliwości odnośnie do podanych w niniejszym wniosku danych mających wpływ na przyznanie dofinansowania, PCPR wezwie Wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.
10. Oświadczam, że wszystkie zawarte w niniejszym wniosku dane są zgodne z prawdą.
11. Przyjmuję do wiadomości, iż administratorem moich danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Świdniku z siedzibą przy ul. E. Orzeszkowej 6. Dane osobowe zbierane są w celu realizacji procedury przyznawania dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych ze środków PFRON. Ich podanie jest obowiązkowe, zgodnie z § 11 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania.

.....  
*Data*

.....  
*Czytelny podpis Wnioskodawcy*

## OCENA WNIOSKU (WYPEŁNIA PCPR)

### 1. OCENA FORMALNA (kompletność wymaganych dokumentów):

Lp.	Nazwa dokumentu	Załączono	Uzupełniono	Data uzupełnienia
1	Kompletnie wypełniony Wniosek	TAK / NIE	TAK / NIE	
2	Aktualne zaświadczenie lekarza	TAK / NIE	TAK / NIE	
3	Aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub równoważne	TAK / NIE	TAK / NIE	
4	Potwierdzenie prawa do dysponowania budynkiem / lokalem*	TAK / NIE	TAK / NIE	
5	Zgoda właścicieli budynku / lokalu na likwidację barier (jeżeli wymagana)*	TAK / NIE	TAK / NIE	

\* dotyczy wyłącznie likwidacji barier architektonicznych

POZYTYWNA

NEGATYWNA

Data .....

Podpis .....

### OCENA FORMALNA PO UZUPEŁNIENIU DOKUMENTÓW (jeżeli dotyczy):

POZYTYWNA

NEGATYWNA

Data .....

Podpis .....

### 2. OCENA REFERENTA SPRAWY:

POZYTYWNA - Wysokość dofinansowania: ..... zł

NEGATYWNA - Uzasadnienie: .....

.....

.....

Data .....

Podpis .....

### 3. OPINIA KIEROWNIKA DZIAŁU:

POZYTYWNA - Wysokość dofinansowania: ..... zł

NEGATYWNA - Uzasadnienie: .....

.....

.....

Data .....

Podpis .....

### 4. DECYZJA DYREKTORA PCPR:

POZYTYWNA - Wysokość dofinansowania: ..... zł

NEGATYWNA - Uzasadnienie: .....

Data .....

Podpis .....