

II. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI: *

1. znaczny: - 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, wydane przed 1.01.1998 r. na stałe	
2. umiarkowany: - inwalidzi II grupy - osoby całkowicie niezdolne do pracy	
3. lekki: - pozostali inwalidzi III grupy - osoby częściowo niezdolne do pracy - osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	
4. osoby w wieku do lat 16 z aktualnym orzeczeniem o niepełnosprawności	

III. RODZAJ OGRANICZENIA SPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY*:

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 całkowicie niewidoma	
6. osoba niedowidząca	
7. inne (jakie)	

IV. SYTUACJA ZAWODOWA WNIOSKODAWCY: *

1. zatrudniony / prowadzący działalność gospodarczą	
2. bezrobotny / poszukujący pracy	
3. rencista / emeryt niezainteresowany podjęciem pracy	
4. rencista poszukujący pracy	
5. młodzież od lat 18 do 24 ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca	
6. nie dotyczy	

V. INFORMACJE O KWOTACH PRYZNANYCH WCZEŚNIEJ ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON (w ciągu ostatnich 3 lat)		<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK
nr umowy i data jej zawarcia	cel dofinansowania	stan rozliczenia (data i kwota rozliczenia)	

* proszę wstawić znak X w odpowiedniej kratce

V. Przewidywany koszt realizacji zadania: zł
 Kwota wnioskowanego dofinansowania: zł
 co stanowi% kosztu realizacji zadania (**maksymalnie do 95%**)
 Deklarowany udział własny: zł. tj. % kosztu realizacji zadania.
 VI. Termin rozpoczęcia: i przewidywany
 czas realizacji zadania:
 VII. 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:

VIII. Upředzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U. z 2020 r., poz. 1444 z późn. zm.) oświadczam, że:

1. Nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.
2. Oświadczam, że o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem PCPR w Puławach.
3. Posiadam środki własne w wysokości nieobjętej wnioskowanym dofinansowaniem ze środków PFRON.
4. Dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
5. Przyjmuję do wiadomości, że dofinansowanie nie obejmuje kosztów realizacji zadania poniesionych przed zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.

Ponadto:

1. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Puławach na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) i c) oraz art. 9 ust. 2 lit. b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE. Treść pełnej klauzuli informacyjnej została zamieszczona na stronie internetowej PCPR w Puławach (<http://www.pcpr.pulawy.pl/klauzula.html>).
2. **O zaistniałych zmianach po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować PCPR w ciągu 14 dni.**

.....
 miejscowość i data

.....
 czytelny podpis Wnioskodawcy lub przedstawiciela
 ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika

C. ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU (wypełnia PCPR):

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak/nie	Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
ETAP I			
1. kopia orzeczenia o: - stopniu niepełnosprawności bądź grupie inwalidzkiej - niezdolności do pracy - niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, wydane przed 1.01.1998 r. na stałe - niepełnosprawności osoby do 16 roku życia			
2. kopia orzeczeń o stopniu niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą (w przypadku takich osób)			
3. oświadczenie o wysokości dochodów netto (załącznik nr 1)			

4. udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (np. akt własności, odpis księgi wieczystej, umowa najmu itp.)			
5. zgoda właściciela/właścicieli nieruchomości na likwidację barier architektonicznych			
6. aktualne zaświadczenie lekarskie o rodzaju niepełnosprawności (załącznik nr 2)			
7. udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania, w przypadku częściowego finansowania zadania z innych źródeł			
8.			

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych we wniosku:

.....
data i podpis pracownika PCPR

ETAP II	Załączono do wniosku tak/nie	Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
1. Szkic mieszkania			
2. Szczegółowy kosztorys budowlany			
3. Projekt budowlany (w koniecznych przypadkach)			
3. Pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach)			
4. Przyjęte pełnomocnictwo inwestora zastępczego			

.....
data i podpis pracownika PCPR

Wniosek opracowano na podstawie Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dn. 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON. (Dz. U. z 2015 r., poz. 926 z późn. zm.)

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

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

.....
(ulica, numer domu, numer mieszkania, kod pocztowy, miejscowość)

pouczony(a) o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 §1* i §2** ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeksu Karnego (Dz. U. z 2020 r., poz. 1444 z późn. zm.) – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy **oświadczam, że średnie miesięczne dochody netto członków mojej rodziny**, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 28 listopada 2003 o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 111 z późn. zm.) pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne oraz kwotę świadczonych alimentów i powiększony o dochody z działalności gospodarczej, dochody z gospodarstwa rolnego oraz inne dochody nieopodatkowane wymienione w niniejszej ustawie, **obliczone za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku** wynosiły:

Lp.			Średni miesięczny dochód netto liczony za ostatni kwartał
1.	Wnioskodawca:		
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy wspólnie się utrzymujące i mieszkające bez względu na wiek i pokrewieństwo (w tym osoby niepełnosprawne)			
	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Stopień i rodzaj niepełnosprawności	
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
RAZEM			
Średni dochód na 1 osobę:			

.....
miejscowość i data

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy, przedstawiciela
ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika

* art. 233 §1 – kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3

** art. 233 §2 – warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swych uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania lub odebrał od niego przyrzeczenie

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE*

(wypełnić czytelnie w języku polskim)

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Imię i Nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

Rozpoznanie

Niepełnosprawność dotyczy narządu/układu

Informacje uzupełniające (rokowania):

Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze:

SPRAWNOŚĆ (odpowiednie zaznaczyć):

KOŃCZYN GÓRNYCH:

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowicie niesprawne

KOŃCZYN DOLNYCH:

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowicie niesprawne

OSOBA PORUSZA SIĘ:

- samodzielnie
- z pomocą jednej kuli łokciowej
- z pomocą dwóch kul łokciowych
- z pomocą chodzika
- na wózku inwalidzkim
- jest osobą leżącą
- inne:

OSOBA POSIADA:

- protezę kończyn górnych (jednostronna, obustronna)
- protezę kończyn dolnych (jednostronna, obustronna)

.....
data

.....
pieczęć i podpis lekarza

* dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Puławach; ważne trzy miesiące od daty wystawienia