

Nr kolejny wniosku

ilość punktów

**W N I O S E K**  
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
**likwidacji barier architektonicznych**  
w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

**A. Dane dotyczące Wnioskodawcy** (proszę wypełnić drukowanymi literami):

\_\_\_\_\_ syn, córka \_\_\_\_\_  
*imię (imiona) i nazwisko* *imię ojca*

seria \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_ wydany w dniu \_\_\_\_\_ przez \_\_\_\_\_  
*(dowód osobisty)*

nr PESEL \_\_\_\_\_ nr NIP \_\_\_\_\_

nazwa banku i nr rachunku bankowego \_\_\_\_\_

W W -    \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nr posesji nr mieszkania nr bloku nr telefonu / faksu  
*kod pocztowy miejscowość ulica*

**I.A. Stopień niepełnosprawności** <sup>(1)</sup>

<b>1. znaczny</b>	
• 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	
• osoby w wieku do lat 16 (w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat), którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
<b>2. umiarkowany</b>	
• inwalidzi II grupy	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy inwalidzi III grupy ze względu na głuchotę lub głuchoniemotę	
<b>3. lekki.</b>	
• pozostali inwalidzi III grupy	
• osoby częściowo niezdolne do pracy	
• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

**I.B. Rodzaj niepełnosprawności** <sup>(1)</sup>

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się <b>na wózku inwalidzkim, wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk.</b>	
2. inna dysfunkcja <b>narządu ruchu.</b>	
3. dysfunkcja <b>narządu wzroku.</b>	
4. dysfunkcja <b>narządów słuchu i mowy.</b>	
5. deficyt rozwojowy ( <b>upośledzenie umysłowe</b> )	
6. niepełnosprawność z <b>ogólnego stanu zdrowia</b>	
(uwzględnić stopień i rodzaj niepełnosprawności – zgodnie z załącznikiem nr. 2 zasad, wypełnia pracownik MOPS) <b>punktacja</b>	

## II. Sytuacja zawodowa <sup>(1)</sup>

1. zatrudniony* (prowadzący działalność gospodarczą)*	
2. osoba w wieku od lat 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. dzieci i młodzież do lat 18	
	(wypełnia pracownik MOPS) punktacja

## III.A. Sytuacja mieszkaniowa -- warunki mieszkaniowe (wypełnia pracownik MOPS)

1. złe	
2. przeciętne	
3. dobre	
4. bardzo dobre	
	punktacja

## III.B. Sytuacja mieszkaniowa - opis budynku i mieszkania <sup>(\*)</sup>

1. dom jednorodzinny\*, wielorodzinny prywatny\*, wielorodzinny komunalny\*, wielorodzinny spółdzielczy.
  2. inne.....
  3. .budynek parterowy\*, piętrowy\*, mieszkanie na .....piętrze.,
  4. przybliżony wiek budynku lub rok budowy .....
  5. opis mieszkania : pokoje ..... (podać liczbę) z kuchnią\*, bez kuchni\*, z łazienką\*, bez łazienki\*, z WC, bez WC\*
  6. łazienka jest wyposażona w : wannę\*, brodzik\*, kabinę prysznicową\*, umywalkę\*
  7. w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej\*, ciepłej\*, kanalizacja\*, centralne ogrzewanie\*. prąd\*. gaz\*
  8. inne informacje o warunkach mieszkaniowych .....
- .....
- .....
- .....

## III.C. Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje <sup>(1)</sup>

1. samotnie	
2. z rodzina	
3. z osobami nie spokrewnionymi	
	(wypełnia pracownik MOPS) punktacja

## III.D. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawca (w tym osoby niepełnosprawne)

Imię i nazwisko	pokrewieństwo	Niepełnosprawność	
		stopień <sup>(2)</sup>	rodzaj <sup>(3)</sup>
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

Łączna punktacja za stopień i rodzaj niepełnosprawności osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.	(wypełnia pracownik MOPS) punktacja
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------

(1) proszę wstawić (x) we właściwej rubryce

(2) proszę wstawić właściwe oznaczenia cyfrowe z tablicy I.A.

(3) proszę wstawić właściwe oznaczenia cyfrowe z tablicy I.B.

(\*) niepotrzebne skreślić

**IV. Średni dochód miesięczny (netto) na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy za 200...r.***(wypełnia pracownik MOPS)*

1. poniżej 100,00 zł	
2. 101,00 – 200,00 zł	
3. 201,00 - 300,00 zł	
4. 301,00 – 400,00 zł	
5. 401,00 – 500,00 zł	
6. 501,00 – 600,00 zł	
7. 601,00 – 700,00 zł	
8. 701,00 – 800,00 zł	
9. powyżej 800,00 zł	
<i>(wypełnia pracownik MOPS) punktacja</i>	

**V. Punktacja za korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

<i>(wypełnia pracownik MOPS) punktacja</i>	
--------------------------------------------	--

**VI. Deklarowany udział własny Wnioskodawcy lub sponsora (1)**

1. deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania – ponad obowiązkowe 20%	%
2. deklarowany i udokumentowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania	%
<i>(wypełnia pracownik MOPS) punktacja</i>	

**VII. Miejsce i cel likwidacji barier architektonicznych :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**VIII. Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier i orientacyjny koszt (w kolejności od najważniejszego dla Wnioskodawcy):**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**IX. Łączna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę.....złoty**  
(słownie: .....zł)**X. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania**

od...../.....200...r do...../.....200...r

**XI. Przewidywany koszt realizacji zadania.....złoty**  
(słownie: .....zł)**XII. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania .....złoty**  
(słownie: .....zł)*(1) - proszę wstawić (x) we właściwej rubryce*

**XIII. Przedstawiciel ustawowy** ( dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik:  
(proszę wypełnić drukowanymi literami)

\_\_\_\_\_ syn, córka \_\_\_\_\_  
imię (imiona) i nazwisko imię ojca

seria \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_ wydany w dniu \_\_\_\_\_ przez \_\_\_\_\_  
(dowód osobisty)

nr PESEL \_\_\_\_\_ nr NIP \_\_\_\_\_ nr telef/faksu \_\_\_\_\_

▽▽-▽▽▽ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ kod pocztowy \_\_\_\_\_ miejscowość \_\_\_\_\_ ulica \_\_\_\_\_ nr posesji \_\_\_\_\_ nr mieszkania \_\_\_\_\_ nr bloku \_\_\_\_\_

**Ustanowiony opiekunem lub pełnomocnikiem<sup>(\*)</sup>**

- (postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. .... sygn. akt.....
- na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dn. .... repet. nr.....

**XIV.- Niezbędne załączniki do wniosku:**

- (1) Kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dn. 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych ( Dz. U. Nr 123 poz. 776 z późniejszymi zmianami).
- (2) Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób.
- (3) Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju dysfunkcji, jeżeli rodzaj dysfunkcji nie jest określony w orzeczeniu.
- (4) Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (własność, umowa najmu).
- (5) Zaświadczenie\* / oświadczenie\* o dochodach Wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą.
- (6) Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.
- (7) Kopia decyzji o przyznaniu zasiłku pielęgnacyjnego.
- (8) Kopia decyzji o przyznaniu świadczeń pomocy społecznej.
- (9) Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania.

- O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.
- Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 k.k. oświadczam, że informacje zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

.....  
podpis Wnioskodawcy,<sup>(\*)</sup> przedstawiciela ustawowego,<sup>(\*)</sup>  
opiekuna prawnego,<sup>(\*)</sup> pełnomocnika<sup>(\*)</sup>

**Uwaga:** Osoba niepełnosprawna może złożyć wniosek z kompletem załączników w każdym czasie

- (\*)- niepotrzebne skreślić
- w przypadku braku miejsca na szczegółowy opis proszę załączyć załącznik.

*Art., 297 § 1. Kto w celu uzyskania dla siebie lub innej osoby kredytu, pożyczki bankowej, gwarancji kredytowej, dotacji, subwencji, lub zamówienia publicznego, przedkłada fałszywe lub stwierdzające nieprawdę dokumenty albo nierzetelne, pisemne oświadczenia dotyczące okoliczności mających istotne znaczenie dla uzyskania takiego kredytu, pożyczki bankowej, gwarancji kredytowej, dotacji, subwencji lub zamówienia publicznego podlega także pozbawienia wolności od 3 m-cy do lat 5.*

*§ 2 tej samej także podlega, kto wbrew ciążącemu na nim obowiązkowi nie powiadamia właściwego organu lub instytucji o powstaniu okoliczności mogących mieć wpływ na wstrzymanie lub ograniczenie wysokości udzielonego kredytu, pożyczki bankowej, gwarancji kredytowej lub subwencji lub zamówienia publicznego.*

*§ 3 Nie podlega także, kto dobrowolnie przed wszczęciem postępowania karnego zapobiegł wykorzystaniu kredytu, pożyczki bankowej, gwarancji kredytowej lub subwencji, zrezygnował z zamówienia publicznego lub dotacji uzyskanych w sposób określony w § 1 lub 2 albo zaspokoił roszczenia pokrzywdzonego.*

Strona 4.