

.....  
potwierdzenie wpływu wniosku

## WNIOSEK-A-T-K

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do likwidacji barier architektonicznych, technicznych, w komunikowaniu się\* w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej**

### 1. Wnioskodawca (osoba dorosła lub małoletnia):

..... nr PESEL.....  
imię i nazwisko

Adres zamieszkania:....., ul. .... nr domu ..... nr lokalu .....

nr kodu ..... - ..... poczta ..... nr telefonu z nr kierunkowym .....

Nazwa banku i nr rachunku bankowego.....

### 2. Stopień niepełnosprawności (wstawić X we właściwej rubryce)

1. <b>znaczny</b> / inwalidzi <b>I</b> 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. <b>umiarkowany</b> / inwalidzi <b>II</b> grupy, osoby całkowicie niezdolne do pracy/ - inwalidzi <b>III</b> grupy ze względu na głuchotę lub głuchoniemotę	
3. <b>lekki</b> / pozostali inwalidzi <b>III</b> grupy, osoby częściowo niezdolne do pracy/ - osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	
4. <b>osoby w wieku do 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności</b>	

### 3. Rodzaj niepełnosprawności (wstawić X we właściwej rubryce)

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządu słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

### 4. Sytuacja zawodowa (wstawić X we właściwej rubryce)

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	

\* *niepotrzebne skreślić*

### 5. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i mieszkania (\* niepotrzebne skreślić) – wypełnić tylko jeśli wniosek dotyczy likwidacji barier architektonicznych

- a) dom jednorodzinny\*, wielorodzinny prywatny\*, wielorodzinny komunalny\*, wielorodzinny spółdzielczy\*  
b) inne.....  
c) budynek parterowy\*, piętrowy\*, mieszkanie na.....(proszę podać kondygnację)  
d) przybliżony wiek budynku lub rok budowy.....  
e) opis mieszkania: ilość pokoi ....., z kuchnią\*, bez kuchni\*, z łazienką\*, bez łazienki\*, z WC\*, bez WC\*,  
f) łazienka jest wyposażona w: wannę\*, brodzik\*, kabinę prysznicową\*, umywalkę\*,  
g) w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej\*, ciepłej\*, kanalizacja\*, centralne ogrzewanie\*, prąd\*, gaz\*,  
h) inne informacje o warunkach mieszkaniowych .....

**6. 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, wynosił: .....zł. (za miesiąc na osobę).

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: .....

**7. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.**

<i>Cel dofinansowania</i>	<i>Data, nr umowy oraz kwota dofinansowania</i>	<i>Czy rozliczono się z Funduszem (tak/nie)</i>
1. na likwidację barier architektonicznych, technicznych, w komunikowaniu się*		
2. korzystałem na inne cele ustawowe i rozliczyłem się		
3. korzystałem na inne cele ustawowe i jestem w trakcie rozliczenia		
4. korzystałem i nie rozliczyłem się		
5. inne warianty .....		

\* *niepotrzebne skreślić*

**8. Miejsce realizacji zadania** .....

**9. Przedmiot dofinansowania** .....

**10. Cel dofinansowania** (krótko opisać cel likwidacji barier):  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**11. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę**  
(do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc złożenia wniosku)  
.....zł.

**12. Wykaz planowanych przedsięwzięć oraz przewidywany koszt (od najważniejszego):**

1.....	.....zł.
2.....	.....zł.
3.....	.....zł.
<b>Ogólna wartość</b>	<b>.....zł</b>

**13. Przewidywany koszt realizacji zadania:** ..... zł.

a) deklarowany udział własny pokrycia kosztów realizacji zadania (min. 20%):

- kosztowo.....

b) łączna kwota wnioskowanego dofinansowania:.....zł. (do 80%)

słownie:.....

**14. Informacja o ewentualnym innym źródle finansowania zadania (należy udokumentować):**

.....

**15. Planowany termin rozpoczęcia realizacji zadania** .....

**Przewidywalny czas realizacji zadania** .....

**16. Przedstawiciel ustawowy /podkreśl właściwe/: rodzic - opiekun prawny\* – pełnomocnik\***

Imię i nazwisko ....., tel. ....

Adres: .....

\*dołączyć kopię zaświadczenia dot. ustanowienia opiekuna prawnego lub pełnomocnictwo (oryginał lub urzędowo poświadczony odpis pełnomocnictwa)

**17. Inne informacje mogące mieć znaczenie przy rozpatrywaniu wniosku (np. sytuacja rodzinna, osobista)**

.....  
.....  
.....

Zgodnie z art. 75 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2013 r. 267) pouczone(a) o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. kodeks karny (Dz.U. rok 1997 nr 88 poz. 553 ze zm.) „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3 **oświadczam, że podane we wniosku oraz załącznikach informacje są zgodne z prawdą.**

**O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się informować w ciągu 14 dni.**

**Oświadczam**, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Tomysłu, ul. Poznańska 30 dla potrzeb niezbędnych do realizacji uprawnień lub obowiązków wynikających z przepisów prawa oraz że zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania - zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 ze zm.).

.....	.....	.....
miejsowość	data	podpis Wnioskodawcy* , przedstawiciela ustawowego* opiekuna prawnego* , pełnomocnika*

\* *niepotrzebne skreślić*

#### **Załączniki do wniosku:**

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności Wnioskodawcy lub w przypadku dziecka orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu).
  2. Aktualne zaświadczenie lekarskie (wypełnione na druku dołączonym do wniosku).
  3. Odpis z księgi wieczystej oraz w koniecznych przypadkach zgoda właściciela mieszkania (budynku) w którym na stałe jest zameldowany wnioskodawca, na dokonanie likwidacji barier.
  4. Projekt (rysunek przed i po przystosowaniu) z wymiarami i kosztorys.
  5. Przyjęte pełnomocnictwo inwestora zastępczego.
  6. Zaświadczenie Sądu Rejonowego o ustanowieniu opiekuna prawnego lub pełnomocnictwo.
  7. Faktura(y) proforma.
  8. W przypadku zameldowania na pobyt stały w innym powiecie niż Nowotomyski poświadczenie zameldowania (czasowego) na terenie Powiatu Nowotomyskiego.
  9. Inne wynikające z wniosku (np. inne źródła finansowania zadania)
-

## Wyjaśnienie:

1. Dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, zgodnie z ustawą z dnia 28 listopada 2003r. o świadczeniach rodzinnych (Dz.U. 2006 r. nr 139, poz. 992 ze zm.) oznacza to, po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób:

a) przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach określonych w art. 27, 30b, 30c i 30e ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2010 r. Nr 51, poz. 307, z późn. zm.), pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne,

b) deklarowany w oświadczeniu dochód z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, pomniejszony o należny zryczałtowany podatek dochodowy i składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne,

c) inne dochody niepodlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych m.in. emerytury i renty, alimenty na rzecz dzieci, stypendia doktoranckie i habilitacyjne, stypendia sportowe, inne stypendia o charakterze socjalnym przyznane uczniom lub studentom, dochody uzyskane z gospodarstwa rolnego, świadczenia pieniężne wypłacane w przypadku bezskuteczności egzekucji alimentów.

2. „Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu” - § 9 ust. 4 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być realizowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

3. Zgodnie art. 66 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych w sprawach nieunormowanych przepisami ustawy stosuje się Kodeks postępowania administracyjnego, Kodeks cywilny oraz Kodeks pracy. 4. Na podstawie art. 75 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. kodeks postępowania administracyjnego - jako dowód należy dopuścić wszystko, co może przyczynić się do wyjaśnienia sprawy, a nie jest sprzeczne z prawem. W szczególności dowodem mogą być dokumenty, zeznania świadków, opinie biegłych oraz oględziny.

## ZAWIADOMIENIE

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Tomyślu** działając na podstawie art. 61 § 4 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2013r. poz. 267) zawiadamia że z dniem złożenia wniosku w tut. Centrum zostaje wszczęte postępowania administracyjne w sprawie likwidacji barier dla osoby niepełnosprawnej - ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

### Pouczenie

Zgodnie z art. 10 § 1 KPA stronom przysługuje prawo wypowiedzenia się, co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań.

Skorzystanie z powyższego prawa winno nastąpić w terminie 7 dni od dnia złożenia wniosku - w godzinach pracy tut. Centrum, tj. od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.30 do 15.30.

Powyższe nie jest obowiązkowe.

Na mocy art. 41 § 1 i 2 informujemy, że w toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie swego adresu. W razie zaniedbania obowiązku określonego wyżej doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.

Wnioski są rozpatrywane po otrzymaniu środków finansowych z PFRON na dany rok.

**Potwierdzam zapoznanie się z treścią powyższego zawiadomienia:**

.....  
miejsowość

.....  
data

.....  
podpis Wnioskodawcy\*,  
przedstawiciela ustawowego\*,  
opiekuna prawnego\*, pełnomocnika\*

.....  
miejscowość i data

## **ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA**

*dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
- likwidacja barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się*

### **Prosimy wypełnić czytelnie**

Imię i Nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Data urodzenia .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (w języku polskim) .....

.....  
.....

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną niepełności .....

.....  
.....

3. Uszkodzenia innych narządów oraz choroby współistniejące .....

.....  
.....

4. Używane przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze .....

.....  
.....

5. Potrzeby w zakresie przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych .....

.....  
.....

6. Używany sprzęt rehabilitacyjny .....

.....  
.....

7. Potrzeby w zakresie sprzętu rehabilitacyjnego .....

.....  
.....

8. Niepełnosprawność dotyczy (zaznaczyć właściwe i opisać):

- narządu ruchu, w zakresie .....
- .....
- kończyny górne, w zakresie .....
- .....
- jednoczesna dysfunkcja kończyn(y) górnej i dolnej, w zakresie .....
- .....
- dysfunkcja narządu wzroku, w zakresie .....
- .....
- dysfunkcja narządu słuchu, w zakresie .....
- .....
- deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe), w zakresie .....
- .....
- inne schorzenia (podać jakie) .....
- .....
- .....
- .....

.....  
pieczętka i podpis lekarza