



.....  
data wpływu kompletnego wniosku (dzień, miesiąc, rok)

Pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

## Wniosek

**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

numer ..... wydany w dniu ..... przez .....  
(dowód osobisty)

nr PESEL ..... miejscowość .....

ulica ..... nr domu ..... nr lokalu .....  
(dokładny adres)

nr kodu ..... poczta ..... powiat .....

województwo ..... nr tel./faxu (z nr kier.) .....

### 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, wydane przed 01.01.1998r. na stałe	
• osoby w wieku do lat 16, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
<b>2. Umiarkowany</b>	
• inwalidzi II grupy	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy	
<b>3. Lekki</b>	
• inwalidzi III grupy	
• osoby częściowo niezdolne do pracy	
• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, wydane przed 01.01.1998r. na stałe	

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

1. Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

1. Wstawić X we właściwej rubryce

## 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	

## III.A. Sytuacja mieszkaniowa – warunki mieszkaniowe Wnioskodawcy (wypełnia pracownik Centrum)<sup>(1)</sup>

1. zle	
2. przeciętne	
3. dobre	
4. bardzo dobre	

## III.B. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i mieszkania, w którym będzie realizowane zadanie.

1. dom jednorodzinny\*, wielorodzinny prywatny\*, wielorodzinny komunalny\*, wielorodzinny spółdzielczy\*
2. inne\* .....
3. budynek parterowy\*, piętrowy\*, mieszkanie na ..... (proszę podać kondygnację)
4. przybliżony wiek budynku lub rok budowy .....
5. opis mieszkania: pokoje ..... (proszę 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 Wnioskodawcy – zamieszkuje<sup>(1)</sup>

1. samotnie	
2. z rodziną	
3. z osobami nie spokrewnionymi	

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

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą	Wiek	Niepełnosprawność		Dochód miesięczny netto [zł] za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku
				Stopień <sup>(2)</sup>	Rodzaj <sup>(3)</sup>	
1.		<b>Wnioskodawca</b>				
2.	<b>Nie należy wpisywać imion i nazwisk osób, z którymi prowadzi się wspólne gospodarstwo domowe.</b>					
3.						
4.						
5.		<b>Należy podać tylko ich wiek, stopień pokrewieństwa, niepełnosprawność i dochód miesięczny.</b>				
6.						
7.						

(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 miesięczny dochód (za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku) na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym Wnioskodawcy<sup>(1)</sup>**

1. 201,00 – 300,00 zł	
2. 301,00 – 400,00 zł	
3. 401,00 – 500,00 zł	
4. 501,00 – 600,00 zł	
5. 601,00 – 700,00 zł	
6. 701,00 – 800,00 zł	
powyżej 800,00 zł.	

**V. Korzystanie przez Wnioskodawcę ze środków PFRON<sup>(1)</sup>**

1. Na likwidację barier urbanistycznych, architektonicznych i w komunikowaniu się:	
a) nie korzystał	
b) korzystał (w tym ze środków przyznanych przez WOZiRON)	
2. Korzystał na inne cele ustawowe i rozliczył się	
3. Korzystał na inne cele ustawowe i jest w trakcie rozliczania	
4. Korzystał i nie rozliczył się	

Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznania	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia
Razem:	.....	Razem kwota do rozliczenia [zł]:		..... .....

**VI. Deklarowany udział własny wnioskodawcy i/lub sponsora**

1. Deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania ponad obowiązkowe 5 %	
2. Deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania	

**VII. Dane informacyjne o wnioskodawcy<sup>(1)</sup>**

a) wykształcenie	zaznacz właściwe	b) rodzaj źródła utrzymania	zaznacz właściwe
1. niepełne podstawowe		1. wynagrodzenie za pracę	
2. podstawowe		2. przychody z działalności gospodarczej	
3. zawodowe		3. renta stała*/emerytura*	
4. średnie ogólnokształcące		4. renta okresowa	
5. średnie zawodowe		5. renta szkoleniowa	
6. policealne		6. zasiłek dla bezrobotnych	
7. wyższe		7. renta socjalna* / zasiłek z pomocy społecznej*	
8. wyższe ze stopniem naukowym		8. stypendium	
		9. alimenty*/inne*	

(1)proszę wstawić X we właściwej rubryce

\* niepotrzebne skreślić

**VIII. Miejsce realizacji i cel likwidacji barier architektonicznych**

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

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

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

**Przewidywany całkowity koszt realizacji wnioskowanego zadania** .....

**Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania zł (max 95% przewidywanego całkowitego kosztu przedsięwzięcia) :**

cyframi: .....
(słownie) .....

**X. Inwestor zastępczy (inspektor nadzoru) wybrany przez Wnioskodawcę:**

.....  
(nazwa i dokładny adres z numerem kodu)  
.....  
(nr telefonu)

**XI. Dotychczasowa wartość poniesionych nakładów przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania** .....

**XII. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji w/w zadania** .....

**XIII. W przypadku przyznania kwoty dofinansowania, proszę o przekazanie jej na konto**

.....  
(nazwa i numer rachunku bankowego)

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik

..... syn/córka .....

imię (imiona) i nazwisko

imię ojca

numer ..... wydany w dniu ..... przez .....  
(dowód osobisty)

nr PESEL ..... nr NIP .....

miejsowość ..... ulica ..... nr domu ..... nr lokalu .....  
(adres zamieszkania)

nr kodu ..... poczta ..... powiat .....

województwo ..... nr tel./faxu (z nr kier.) .....

ustanowiony opiekunem\*/pełnomocnikiem\* na mocy .....

postanowienia Sądu Rejonowego w..... z dnia ..... sygn. akt\*/na mocy

pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza ..... z dnia ..... repet. Nr. ....

\* niepotrzebne skreślić

- Uprzedzony o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1977 r. - Kodeks Karny (Dz.U.z 2018r. poz.1600 ze zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.
- Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosków wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz.U. z 2018r. , poz. 511 z późn. zm.), zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz.U. 2018r. poz. 1000).
- Oświadczam, że nie mam zaległości w terminowym regulowaniu wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz nie byłem(łam) stroną umowy zawartej z Funduszem, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

.....  
(data)

.....  
(podpis Wnioskodawcy\* przedstawiciela ustawowego\*  
opiekuna prawnego\* pełnomocnika )

## XV. Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku Tak/nie	Uzupełniono Tak/nie	Data uzupełnienia
			(wypełnia pracownik PCPR)
<b>Do I etapu</b>			
1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu)			
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą w przypadku takich osób.			
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu, o którym mowa w pkt 1(druk w załączeniu).			
4. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (własność, współwłasność, umowa najmu).			
5. Zgoda właściciela budynku/lokalu, w którym stale zamieszkuje			
6. Zaświadczenie o zameldowaniu wnioskodawcy i osób wspólnie zamieszkujących			
7. Zaświadczenia potwierdzające sytuację dochodową			
8. Zaświadczenie kierownika Powiatowego Urzędu Pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.			
<b>Do II etapu</b>			
1. Szkic mieszkania.			
2. Projekt i kosztorys, pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach).			
3. Przyjęte pełnomocnictwo inwestora zastępczego.			

\* niepotrzebne skreślić

**OŚWIADCZENIE**  
**Wnioskodawcy o dochodach**

**Dla Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie we Włodawie**

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

.....  
(kod, miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania)

oświadczam, że średni miesięczny dochód\*( za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku) na jedną osobę w mojej rodzinie wynosi

..... (słownie złotych .....  
.....)  
(należy podzielić łączny dochód przez liczbę osób w rodzinie)

**Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.**

.....  
miejscowość

.....  
data

.....  
podpis wnioskodawcy  
lub opiekuna prawnego

*\* **dochód**, w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach rodzinnych po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób stanowi: a) przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach ogólnych na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych, 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.*

Przez inne dochody niepodlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych rozumiemy:

- renty określone w przepisach o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin,
- renty wypłacone osobom represjonowanym i członkom ich rodzin, przyznane na zasadach określonych w przepisach o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin,
- świadczenia pieniężne oraz ryczałt energetyczny określone w przepisach o świadczeniu pieniężnym i uprawnieniach przysługujących żołnierzom zastępczej służby wojskowej przymusowo zatrudnionym w kopalniach węgla, kamieniołomach, zakładach rud uranu i batalionach budowlanych,
- dodatek kombatancki, ryczałt energetyczny i dodatek kompensacyjny określone w przepisach o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego,
- świadczenie pieniężne określone w przepisach o świadczeniu pieniężnym przysługującym osobom deportowanym do pracy przymusowej oraz osadzonym w obozach pracy przez III Rzeszę Niemiecką lub Związek Socjalistycznych Republik Radzieckich,
- emerytury i renty otrzymywane przez osoby, które utraciły wzrok w wyniku działań wojennych w latach 1939-1945 lub eksplozji pozostałych po tej wojnie niewypałów o niewybuchów,
- renty inwalidzkie z tytułu inwalidztwa wojennego, kwoty zaopatrzenia otrzymywane przez ofiary wojny oraz członków ich rodzin, renty wypadkowe osób, których inwalidztwo powstało w związku z przymusowym pobytem na robotach w III Rzeszy Niemieckiej w latach 1939-1945, otrzymywane z zagranicy,
- zasiłki chorobowe określone w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników oraz w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych,
- środki bezzwrotnej pomocy zagranicznej otrzymywane od rządów państw obcych, organizacji międzynarodowych lub międzynarodowych instytucji finansowych, pochodzące ze środków bezzwrotnej pomocy przyznanych na podstawie jednostronnej deklaracji lub umów zawartych z tymi państwami, organizacjami lub instytucjami przez Radę Ministrów, właściwego ministra lub agencje rządowe, w tym również w przypadkach gdy przekazanie tych środków jest dokonywane za pośrednictwem podmiotu upoważnionego do rozdzielania środków bezzwrotnej pomocy zagranicznej na rzecz podmiotów, którym służyć ma ta pomoc,
- należności ze stosunku pracy lub z tytułu stypendium osób fizycznych mających miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, przebywających czasowo za granicą - w wysokości odpowiadającej równowartości diet z tytułu podróży służbowej poza granicami kraju ustalonych dla pracowników zatrudnionych w państwowych lub samorządowych jednostkach sfery budżetowej na podstawie ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (tj. Dz.U. z 2018r. poz. 917),
- należności pieniężne wypłacone policjantom, żołnierzom, celnikom i pracownikom jednostek wojskowych i jednostek policyjnych użytych poza granicami państwa w celu udziału w konflikcie zbrojnym lub wzmocnienia sił państwa albo państw sojuszniczych, misji pokojowej, akcji zapobieżenia aktom terroryzmu lub ich skutkom, a także należności pieniężne wypłacone żołnierzom, policjantom, celnikom i pracownikom pełniącym funkcje obserwatorów w misjach pokojowych organizacji międzynarodowych i sił wielonarodowych,
- należności pieniężne ze stosunku służbowego otrzymywane w czasie służby kandydackiej przez funkcjonariuszy Policji, Państwowej Straży Pożarnej, Straży Granicznej i Biura Ochrony Rządu, obliczone za okres, w którym osoby te uzyskały dochód,
- wynagrodzenie członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych z tytułu użytkowania przez spółdzielnię wniesionych wkładów gruntowych,
- alimenty na rzecz dzieci,
- stypendia określone w przepisach o systemie oświaty, o szkolnictwie wyższym oraz w przepisach o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki,
- kwoty diet nieopodatkowane podatkiem dochodowym od osób fizycznych, otrzymywane przez osoby wykonujące czynności związane z pełnieniem obowiązków społecznych i obywatelskich,
- należności pieniężne otrzymywane z tytułu wynajmu pokoi gościnnych w budynkach mieszkalnych położonych na terenach wiejskich w gospodarstwie rolnym osobom przebywającym na wypoczynku oraz uzyskane z tytułu żywienia tych osób,
- dodatki za tajne nauczanie określone w ustawie z dnia 26.01.1982 r.-Karta Nauczyciela (tj. Dz.U. z 2018r. poz. 967 ze zm.),
- dochody uzyskane z działalności gospodarczej prowadzonej na podstawie zezwolenia na terenie specjalnej strefy ekonomicznej określonej w przepisach o specjalnych strefach ekonomicznych,
- ekwiwalenty pieniężne za deputaty węglowe określone w przepisach o komercjalizacji, restrukturyzacji i prywatyzacji przedsiębiorstwa państwowego „Polskie Koleje Państwowe”,
- ekwiwalenty z tytułu prawa do bezpłatnego węgla określone w przepisach o restrukturyzacji górnictwa węgla kamiennego w latach 2003-2006,
- świadczenia określone w przepisach o wykonywaniu mandatu posła i senatora,
- dochody uzyskane z gospodarstwa rolnego.

# Zaświadczenie lekarskie\*

Proszę wypełnić czytelnie w języku polskim.

Imię i Nazwisko .....

Nr PESEL .....

Adres zamieszkania .....

Rozpoznanie choroby zasadniczej .....

.....

.....

Niepełnosprawność dotyczy narządu / układu .....

## **SPRAWNOŚĆ ( odpowiednie zaznaczyć ):**

### **GÓRNYCH KOŃCZYN:**

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowicie niesprawne

### **KOŃCZYN DOLNYCH:**

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowicie niesprawne

### **OSOBA PORUSZA SIĘ:**

- samodzielnie
- z częściową pomocą
- wyłącznie z pomocą
- na wózku inwalidzkim
- jest osobą leżącą

### **ZAOPATRZENIE W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE:**

1 oprotezowanie / zaopatrzenie kończyn górnych ( jednostronne, obustronne )

2. oprotezowanie / zaopatrzenie kończyn dolnych ( jednostronne, obustronne )

wózek inwalidzki       kule łokciowe       inne ( jakie ) .....

### **Informacje uzupełniające ( rokowania ):**

.....

.....

.....

.....

data

.....

pieczęć i podpis lekarza

\* dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie we Włodawie; ważne jeden miesiąc od daty wystawienia.