

Nr wniosku

data wpływu.....

WNIOSEK

dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych i urbanistycznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

A. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY (wypełnić drukowanymi literami)

NAZWISKO I IMIĘ IMIĘ OJCA

SERIA NR..... wydany w dniu przez
(dowód osobisty)

PESEL..... NIP

KOD.....-..... OLSZTYN,
(ulica, nr domu, nr mieszkania)

TELEFON

I. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (wstawić znak X we właściwej rubryce)

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

I.a STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (GRUPA)

1.	inwalidzi I grupy, osoby całkowicie niezdolne do pracy i samodzielnej egzystencji, osoby w wieku do 16 lat pobierające zasiłek pielęgnacyjny bądź posiadające orzeczenie o niepełnosprawności	
2.	umiarkowany: inwalidzi II grupy, osoby całkowicie niezdolne do pracy	
3.	lekki: pozostali inwalidzi III grupy, osoby częściowo niezdolne do pracy	

II. SYTUACJA MIESZKANIOWA - OPIS BUDYNKU I MIESZKANIA *(*właściwe podkreślić)*

- dom jednorodzinny, wielorodzinny prywatny, wielorodzinny komunalny, wielorodzinny spółdzielczy, inne
*
- budynek parterowy, piętrowy*, mieszkanie na (podać kondygnację)
- przybliżony wiek budynku lub rok budowy,
- opis mieszkania: pokoje (liczba), z kuchnią, bez kuchni, z łazienką , bez łazienki, z wc, bez wc*,
- łazienka jest wyposażona w: wannę, brodzik, kabinę prysznicową , umywalkę*,
- w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej, ciepłej, kanalizacja, centralne ogrzewanie, prąd, gaz*,
- inne informacje o warunkach mieszkaniowych

II.a SYTUACJA MIESZKANIOWA - ZAMIESZKUJE (wstaw X we właściwej rubryce)

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

II.b OSOBY POZOSTAJĄCE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z WNIOSKODAWCĄ

Lp.	NAZWISKO I IMIĘ	POKREWIEŃSTWO	DOCHÓD MIESIĘCZNY BRUTTO
	WNIOSKODAWCA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
		RAZEM	

III. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW FINANS. PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEANOSPRAWNYCH *(wstaw X we właściwej rubryce)*

		KWOTA	DATA
1.	na likwidację barier urbanistycznych, architektonicznych i w komunikowaniu się		
	a) nie korzystałem		
	b) korzystałem		
2.	korzystałem na inne cele ustawowe i rozliczyłem się		
3.	korzystałem na inne cele ustawowe i jestem w trakcie rozliczania		
4.	korzystałem i nie rozliczyłem się		

IV. DEKLAROWANY UDZIAŁ WŁASNY WNIOSKODAWCY I / LUB SPONSORA

1.	deklarowany przez wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania - ponad obowiązkowe 20%	%
2.	deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji	%

V. CEL LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH

.....

.....

.....

.....

.....

V.a WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ W CELU LIKWIDACJI BARIER I ORIENTACYJNY KOSZT (w kolejności od najważniejszego dla wnioskodawcy)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ŁĄCZNA KWOTA WNIOSKOWANEGO DOFINANSOWANIAzł (słownie:

.....

.....

Olsztyn dnia: „.....”

.....
(podpis wnioskodawcy*, przedstawiciela ustawowego*,
opiekuna prawnego*, pełnomocnika*)

Upředzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2, i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. - Kodeks Karny (Dz.U. Nr 88, poz. 553) 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.

Olsztyn dnia: „.....”

.....
(podpis wnioskodawcy*, przedstawiciela ustawowego*,
opiekuna prawnego*, pełnomocnika*)

Oświadczenie wnioskodawcy dotyczące zgody na przetwarzanie danych osobowych

Oświadczam że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych - Miejski Zespół ds. Rehabilitacji Zawodowej i Społecznej osób Niepełnosprawnych w Olsztynie, ul. Prosta 23A, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2014r. poz. 1182).

Olsztyn dnia: „.....”

.....
(podpis wnioskodawcy*, przedstawiciela ustawowego*,
opiekuna prawnego*, pełnomocnika*)

Przedstawiciel ustawy (dla małoletniego wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik

.....,

(nazwisko i imiona) (imię ojca)

seria nr dowodu osobistego wydanego w dniu przez

.....

ADRES

nr kodu - poczta województwo/powiat

..... miejscowość

ulica nr domu nr mieszkania

ustanowiony opiekunem* / pełnomocnikiem*

(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. sygn. akt*, na mocy pełnomocnictwa* potwierdzonego przez notariusza z dn. repert. nr

.....

(* niepotrzebne skreślić)

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:

Do I etapu:

- kopia orzeczenia, o którym mowa w pkt Ia wniosku
- udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier (akt własności, umowa najmu, dzierżawy)
- dokumenty potwierdzające dochód wnioskodawcy i osób pozostających z wnioskodawcą we wspólnym gospodarstwie domowym.
- kopia decyzji o przyznaniu zasiłku pielęgnacyjnego, w przypadku jego pobierania,
- kopia decyzji o przyznaniu świadczeń pomocy społecznej, jeśli takie występują
- kopia odpisu wyroku sądowego o ustanowieniu opiekuna lub kuratora, kopia odpisu o ustanowieniu rodziny zastępczej, jeśli takie występują

Do II etapu:

- kosztorys ofertowy z przedmiarem robót kosztorysowych
- inwentaryzacja remontowanych pomieszczeń