



#### 4. Posiadane orzeczenie (właściwe zaznaczyć) \*

- a) o stopniu niepełnosprawności     znacznym     umiarkowanym     lekkim
- b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów     I     II     III
- c)  o całkowitej     o częściowej niezdolności do pracy     o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym     niezdolności do samodzielnej egzystencji
- d)  o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia

#### 5. Rodzaj niepełnosprawności (dysfunkcja) .....

#### 6. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i mieszkania (właściwe zaznaczyć i uzupełnić) \* :

- a) Opis budynku:  dom jednorodzinny,  wielorodzinny prywatny,  wielorodzinny komunalny,  wielorodzinny spółdzielczy,  budynek parterowy,  piętrowy,  mieszkanie na ..... (proszę podać kondygnację).
- b) Opis mieszkania/domu: pokoje .....(podać liczbę),  z kuchnią,  bez kuchni,  z łazienką,  bez łazienki,  z WC,  bez WC.
- c) Łazienka jest wyposażona w:  wannę,  brodzik,  kabinę prysznicową,  umywalkę.
- d) W mieszkaniu/ w domu jest :  instalacja wody zimnej,  instalacja wody ciepłej,  kanalizacja,  centralne ogrzewanie,  prąd,  gaz.
- e) Inne informacje o warunkach mieszkaniowych.....
- f) Jestem:  właścicielem nieruchomości,  użytkownikiem wieczystym nieruchomości,  posiadam zgodę właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego, w którym stale zamieszkuje na realizację planowanych przedsięwzięć w ramach likwidacji barier architektonicznych

#### 7. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:

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 (zgodnie z przypisem nr1)

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

\*właściwe zaznaczyć



**14. Informacja o kwotach przyznanych wcześniej ze środków Funduszu:**

Czy Wnioskodawca ubiegał się o dofinansowanie PFRON				TAK / NIE**
Nr zawartej umowy	Kwota	Cel	Data przyznania dofinansowania	Stan rozliczenia
Razem:		Razem kwota rozliczona		

**15. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków Funduszu ( do 95% kosztów przedsięwzięcia zawartych w pkt. 7, nie więcej jednak niż do wysokości piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia):**

.....  
 .....

**16. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekuna prawnego lub pełnomocnika:**

.....syn/córka.....

(imię i nazwisko)

(imię ojca)

Seria i nr dowodu osobistego.....wydany w dniu .....

Przez.....

Nr PESEL.....

Miejscowość.....ulica.....

nr domu..... nr lokalu..... Nr kodu ..... poczta .....

Nr telefonu kontaktowego .....

ustanowiony opiekunem/pełnomocnikiem\* dla .....

(postanowieniem Sądu z dnia .....sygn. akt\*\*...../ na mocy

pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza\*\*.....

z dn. .... repet. nr .....

\*\* niewłaściwe skreślić

## 17. Oświadczenia:

- ✓ Zobowiązuję się do zapłaty z własnych środków co najmniej 5% kosztów przedsięwzięcia pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł,
- ✓ Nie posiadam zaległości wobec Funduszu oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/byłam stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
- ✓ Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Strzelcach Opolskich dla celów tej jednostki zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 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 (zwane dalej RODO) i przepisami krajowymi z zakresu ochrony danych osobowych.
- ✓ Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeksu Karnego (Dz. U. z 2018 r., poz. 1600, z późn. zm.) oświadczam, iż dane zawarte w niniejszym wniosku zostały podane zgodnie z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

„Art. 233.

*§ 1. 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 od 6 miesięcy do lat 8.*

*§ 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.*

*§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.”*

- ✓ O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się poinformować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Strzelcach Opolskich niezwłocznie od zaistniałej zmiany,
- ✓ Przyjmuje do wiadomości, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.

.....  
(podpis wnioskodawcy lub opiekuna  
prawnego/pełnomocnika/przedstawiciela  
ustawowego osoby niepełnosprawnej)

\*właściwe zaznaczyć

\*\* niewłaściwe skreślić

### **Do wniosku załączam:**

1. Kopię orzeczenia lub kopię wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, w art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r., poz. 511 z późn. zm.) , a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopię orzeczenia o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998r.,
2. Kopia orzeczenia osób niepełnosprawnych pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację dotyczącą trudności w poruszaniu (jeżeli ww. informacja nie jest zawarta w orzeczeniu ) - druk w załączeniu,
4. Kserokopię dokumentu potwierdzającego tytuł prawny do lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych np.: akt notarialny, umowa najmu, wypis z księgi wieczystej itp.,
5. Pisemną zgodę właściciela/właścicieli budynku na wykonanie robót we wnioskowanym zakresie (dotyczy osób nie będących właścicielami lub użytkownikami wieczystymi),
6. Szkic pomieszczeń, których dotyczy likwidacja barier architektonicznych (z podaniem wymiarów, obecnego i projektowanego układu funkcjonalnego),
7. W przypadku gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego do wniosku należy dołączyć odpowiednio kopię pełnomocnictwa lub postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego,
8. Informację o innych źródłach finansowania zadania (w przypadku istnienia takich źródeł),
9. Przyjęte pełnomocnictwo inwestora zastępczego (jeżeli wnioskodawca takiego ustanowi),
10. Inną dokumentację mającą wpływ na wniosek i świadczącą na korzyść wnioskodawcy.

### **Po pozytywnym zaopiniowaniu wniosku wnioskodawca zostanie poproszony o :**

1. Kosztorys i szkic ( rysunek).
2. Kserokopię zgłoszenia planowanych przedsięwzięć w Wydziale Architektoniczno - Budowlanym Starostwa Powiatowego w Strzelcach Op. lub w przypadku wystąpienia takiej konieczności kserokopię dokumentu potwierdzającego uzyskanie pozwolenia na budowę (w uzasadnionych przypadkach).

### **Przypis nr 1**

Przy ustalaniu dochodu w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy, nie uwzględnia się między innymi:

- 1) świadczeń rodzinnych wypłacanych na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, dodatków rodzinnych i pielęgnacyjnych;
- 2) świadczeń pomocy materialnej dla uczniów, studentów, uczestników studiów doktoranckich i osób uczestniczących w innych formach kształcenia, pochodzących z budżetu państwa, budżetów jednostek samorządu terytorialnego oraz ze środków własnych szkół i uczelni – przyznanych na podstawie przepisów o systemie oświaty, Prawo o szkolnictwie wyższym, a także przepisów o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki.

Szczegółowe zasady ustalania dochodu zostały określone w art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2018 r., poz. 2220, z późn. zm.). Zgodnie z tym artykułem – dochód to: po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób, min. przychody podlegające opodatkowaniu (...), pomniejszone koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy, składki na ubezpieczenia społeczne oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne.

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego)

....., dnia ..... 20..... r.  
(miejsowość)

### Zaświadczenie lekarza

#### **Potwierdzam, że osoba:**

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

.....

#### **osoba niepełnosprawna ma problemy w poruszaniu się\*:**

- osoba leżąca wymagająca opieki innych osób
- osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
- osoba poruszająca się za pomocą kul lub kuli
- osoba poruszająca się za pomocą balkoniku
- osoba z dysfunkcją kończyn ( proszę wskazać, których kończyn dotyczą dysfunkcje oraz scharakteryzować te dysfunkcje ) .....

.....  
.....

- choroba neurologiczna
- dysfunkcja narządu wzroku
- inne występujące dysfunkcje utrudniające poruszanie się (opisać jakie): .....

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

**Zaświadczenie wydawane jest na prośbę pacjenta, celem przedłożenia w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Strzelcach Opolskich.**

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)