

III. Rodzaj niepełnosprawności*

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. zaburzenia psychiczne	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

IV. Sytuacja zawodowa*

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	

V. Sytuacja mieszkaniowa – warunki mieszkaniowe (wypełnia pracownik PCPR)

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

VI. Opis budynku lub mieszkania (zaznaczyć właściwe)

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

VII. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą (w tym osoby niepełnosprawne)

Imię i nazwisko	Pokrewieństwo	Niepełnosprawność	
		stopień	rodzaj
1.			
2.			
3.			

4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			

VIII. Korzystanie ze środków finansowych PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków finansowych PFRON*			
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie			
Cel lub nazwa zadania	Numer i data zawarcia umowy	Kwota rozliczona	Termin i stan rozliczenia

* wstawić X we właściwej rubryce

IX. Cel dofinansowania i miejsce realizacji zadania:

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

X. Przewidywany koszt realizacji zadania:

.....

XI. Wysokość wnioskowanego dofinansowania ze środków Funduszu (max 95%):

..... zł (słownie:.....)

XII. Przedmiot dofinansowania:

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

XIII. Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek, wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania:

.....

XIV. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji:

.....

XV. Informacja udokumentowana o innych źródłach finansowania zadania (minimum 5%):

.....

.....

XVI. Nazwa banku i nr rachunku bankowego Wnioskodawcy:

.....

.....

.....

Upředzony o odpowiedzialności wynikającej z art.233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (dz.U. Nr 88, poz 553) oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych PCPR Chełmno dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji mojego wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. Nr 133, poz 883).

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

.....

Data

.....

Czytelny podpis wnioskodawcy
przedstawiciela ustawowego, pełnomocnika

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

.....syn /córka.....

..... imię i nazwisko imię ojca

seria.....nr.....wydany w dniu.....przez.....

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

miejsowość.....ulica.....nr domu.....nr lokalu.....

nr kodu-..... poczta..... gmina.....

powiat.....nr telefonu.....

ustanowiony opiekunem*/pełnomocnikiem*.....

(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn.....sygn. akt* / na mocy

pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza.....z dn.....

repet. nr.....)

*właściwe zaznaczyć

Załączniki do wniosku (wypełnia pracownik PCPR)

Nazwa załącznika	Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia
kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego, orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed 1 stycznia 1998 r. (oryginał do wglądu);			
kopia orzeczenia osób niepełnosprawnych pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą (oryginał do wglądu);			
aktualne zaświadczenie lekarskie od lekarza specjalisty wystawione czytelnie i w języku polskim, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności oraz wskazaniem do likwidacji barier architektonicznych – na ustalonym druku;			
udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (zaświadczenie o zameldowaniu) pobrane z właściwego urzędu miasta lub gminy (ważne 2 miesiące od daty wystawienia);			
wypełniony druk oświadczenia;			
zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy;			
w przypadku, gdy Wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego do wniosku należy dołączyć odpowiednio uwierzytelnione pełnomocnictwo lub postanowienie Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (do wnioski należy dołączyć kserokopię – oryginał do wglądu);			
kserokopię aktualnego dokumentu potwierdzającego tytuł prawny do lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych np. wypis z księgi wieczystej, akt notarialny (oryginał do wglądu);			
w przypadku, gdy lokal jest własnością innej osoby należy dostarczyć pisemną zgodą właściciela budynku na wykonanie robót we wnioskowanym zakresie;			
II etap (po przyznaniu dofinansowania)			
kosztorys szczegółowy;			
rzuty poziome pomieszczeń lub pomieszczenia w skali 1:50 lub 1:100 wraz z ich wymiarami oraz podaniem ich wysokości (przed i po planowanej przebudowie);			
pozwolenie na budowę lub decyzję właściwego organu budowlanego o nie wniesieniu sprzeciwu wobec zamiaru wykonania robót (w koniecznych przypadkach);			
dokument potwierdzający przyjęte pełnomocnictwo inwestora zastępczego jeżeli Wnioskodawca takiego ustanowił;			
aktualne zaświadczenie o zameldowaniu pobrane z właściwego urzędu miasta lub gminy (przed podpisaniem umowy);			

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów – data i podpis pracownika PCPR

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja niżej podpisany/a

.....
zam.....
legitymujący się dowodem osobistym seria.....numer.....
wydanym w dniu.....przez.....
uprzedzony o odpowiedzialności wynikającej z art.233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r.
Kodeks Karny (dz.U. Nr 88, poz 553) – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy
oświadczam co następuje:

1. Przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wyniósł.....
Słownie:.....

2. Posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego sprzętu w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej (**minimum 5%**).

3. Nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu i rozwiązaną z przyczyn leżących po mojej stronie.

4. Wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych PCPR Chełmno dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji mojego wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r, Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

5. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować PCPR w ciągu 14 dni od ich zaistnienia.

6. Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
Miejscowość

.....
data

.....
podpis

Proszę wypełnić w języku polskim
Zaświadczenie lekarskie o rodzaju niepełnosprawności
Dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

Rozpoznanie (w języku polskim).....

.....

.....

Niepełnosprawność dotyczy narządu/układu.....

Sprawność danego narządu/układu sprawia trudności w stopniu:

- znacznym
- umiarkowanym
- lekkim

Sprawność

kończyn górnych:

- 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, środki pomocnicze:

.....

.....

.....

Informacje uzupełniające (rokowania):.....

.....

.....

Osoba wymaga likwidacji barier architektonicznych* tak nie

.....

data

.....

pieczęć i podpis lekarza specjalisty

*Bariery architektoniczne to wszelkie utrudnienia występujące w budynku i w jego najbliższej okolicy, które ze względu na rozwiązania techniczne, konstrukcyjne lub warunki użytkowania uniemożliwiają lub utrudniają swobodę ruchu osobom niepełnosprawnym.