

.....
Nr sprawy/rejestru wniosków

.....
Data wpływu Wniosku

**WNIOSEK
O UDZIELENIE DOFINANSOWANIA NA LIKWIDACJĘ BARIER
ARCHITEKTONICZNYCH DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

A. Dane dotyczące Wnioskodawcy (w przypadku małoletnich /dzieci i młodzież do lat 18/ dane o dziecku wypełnia rodzic lub opiekun prawny)

Nazwisko i imię/imiona

Pesel.....

Adres zamieszkania: kod pocztowy.....miejscowość.....

ulica.....nr domunr lokalu.....nr telef.

nr rachunku bankowego.....

nazwa banku.....

B. Dane dotyczące dziecka (wpisać w przypadku, gdy osobą niepełnosprawną jest dziecko)

Nazwisko i imię/imiona

data i miejsce urodzenia.....Pesel.....

Adres zamieszkania kod pocztowy.....miejscowość.....

ulica.....nr domunr lokalu.....

I. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (zaznaczyć właściwą odpowiedź)

Dysfunkcja narządów ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim, wrodzony brak lub amputacja dłoni lub rąk	
Inna dysfunkcja narządów ruchu (opisać jaka)	
Dysfunkcja narządów wzroku	
Dysfunkcja narządów słuchu lub mowy	
Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
Inna Niepełnosprawność (jaka ?)	

II. TRUDNOŚCI W PORUSZANIU SIĘ WNIOSKODAWCY (zaznaczyć właściwą odpowiedź)

porusza się samodzielnie

porusza się na wózku inwalidzkim

porusza się przy pomocy kul

porusza się przy pomocy innych przedmiotów ortopedycznych, tj:.....

brak

III. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (wstawić X we właściwej rubryce)

Znaczny (inwalida I grupy)	
Umiarkowany (inwalida II grupy)	
Lekki (inwalida III grupy)	
Dziecko z orzeczoną niepełnosprawnością (do lat 16)	
Osoby o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym na podstawie orzeczenia wydanego przed 1998 r.	

IV. SYTUACJA ZAWODOWA (zaznaczyć właściwą odpowiedź)

- zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
- młodzież w wieku 18 do 24 lat, ucząca się lub studiująca
- bezrobotny poszukujący pracy/rencista poszukujący pracy
- rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
- dziecko/ młodzież do lat 18

V. SYTUACJA MIESZKANIOWA

A. Opis budynku i mieszkania

- 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.....(*podać liczbę*), z kuchnią*, bez kuchni*, z łazienką*, bez łazienki*, z wc*, bez wc*, łazienka wyposażona jest w wannę*, brodzik*, kabinę prysznicową*, umywalkę*.
- W mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej*, ciepłej*, kanalizacja*, centralne ogrzewanie*, prąd*, gaz*
- Inne informacje o warunkach mieszkaniowych (utrudnieniach dla osoby niepełnosprawnej).....
.....
.....

* *niepotrzebne skreślić*

B. Sytuacja mieszkaniowa

Osoba zamieszkująca samotnie*, osoba zamieszkująca z rodziną, osoba zamieszkująca z innymi osobami nie spokrewnionymi*.

C. Osoby wspólnie zamieszkujące

Skład rodziny	Stopień pokrewieństwa	Stopień i symbol niepełnosprawności
1.	Wnioskodawca	
2.		
3.		

4. Wstępny kosztorys ofertowy (Załącznik nr 2),
5. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności (Załącznik nr 3),
6. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (własność, umowa najmu),
7. Zgoda właściciela budynku (w koniecznych przypadkach).

W uzasadnionych przypadkach może być wymagane pozwolenie na budowę, projekt budowlany lub wyciąg z projektu budowlanego ze wskazaniem planowanych prac oraz zestawieniem kosztów planowanych prac lub zakupów potwierdzonych przez inspektora budowlanego.

Załącznik nr 1 do wniosku LBA

OŚWIADCZENIE
o dochodach Wnioskodawcy oraz osób pozostających
we wspólnym gospodarstwie domowym

Niniejszym oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pod adresem zamieszkują następujące osoby:

Imię i nazwisko	Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Przeciętny miesięczny dochód obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku	Uwagi
1.Wnioskodawca:		-----		
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
		Razem kwota:		

Dochód ustala się w następujący sposób:

- uwzględniamy kwartał kalendarzowy poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (np. co do wniosków złożonych w styczniu uwzględnia się kwartał obejmujący miesiąc październik, listopad, grudzień),
- dodaje się dochód netto osiągnięty w takim kwartale przez każdą z osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym,
- dzieli się tak otrzymany dochód przez 3 (tj. liczbę miesięcy w kwartale),

- dzieli się tak otrzymany dochód przez liczbę osób pozostających w gospodarstwie domowym.

UWAGA: do dochodu ustalanego w ramach wniosku o udzielenie dofinansowania na likwidację barier architektonicznych wliczamy wszelkie uzyskiwane dochody z wynagrodzenia, w tym za pracę, umów zlecenie, umów o dzieło i innych umów (np. najmu) oraz świadczenia rodzinne, zasiłki i dodatki rodzinne, a także pozostałe świadczenia (np. dodatki mieszkaniowe) – w kwotach netto („na rękę”)

W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzja, na podstawie której przyznano środki finansowe PFRON, zostanie anulowana a Wnioskodawca zobowiązany zostanie do zwrotu przekazanych przez PCPR środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonania przez PCPR płatności tych środków.

Pouczenie:

Osoba składająca niniejsze oświadczenie ma prawo do wglądu do swych danych oraz do ich uzupełniania i sprostowania, a także do wniesienia pisemnego, umotywowanego żądania zaprzestania przetwarzania jej danych.

.....
Data

.....
Czytelny podpis Wnioskodawcy

**KOSZTORYS OFERTOWY DOTYCZĄCY LIKWIDACJI BARIER
ARCHITEKTONICZNYCH**

	Zaznaczyć x	Ilość sztuk lub metrów 2	Cena wraz z podatkiem VAT	Uwagi
Kabina prysznicowa niskoprogowa				
Sedes dla niepełnosprawnych (specjalistyczny, podwieszany albo stojący)				
Umywalka dla niepełnosprawnych (specjalistyczna)				
Nakładka sedesowa z bocznymi uchwytami lub nakładka podwyższająca toaletę				
Bateria umywalkowa				
Bateria prysznicowa				
Aneks prysznicowy : odpływ liniowy, zasłonka,				

glazura ścienna w obrębie aneksu, terakota antypoślizgowa lub brodzik niskoprogowy				
Siedzisko prysznicowe				
Uchwyt zwykły				
Poręcz kątowa				
Glazura ścienna w obrębie kabiny				
Terakota antypoślizgowa w łazience (z atestem na antypoślizgowość)				
Terakota antypoślizgowa w wc (z atestem na antypoślizgowość)				
Podgrzewacz wody				
Grzejnik				
Materiały pomocnicze dotyczące prac hydraulicznych				
Materiały pomocnicze dotyczące ułożenia glazury, terakoty				
Robocizna				
Panele antypoślizgowe (z atestem na antypoślizgowość)				
Okno z obniżoną klamką				
Drzwi o szerokości min 90 cm (w związku z poszerzeniem bądź				

likwidacją progu)				
Inne materiały pomocnicze				
			Suma zł	

Podpis wnioskodawcy

Podpis (pieczętka) osoby sporządzającej kosztorys

- ceny muszą zawierać podatek VAT
- wolne rubryki przeznaczone są na nie wymienione urządzenia bądź materiały, które są niezbędne wnioskodawcy w związku z przystosowaniem pomieszczenia dla jego potrzeb
- Powiatowe Centrum zastrzega sobie prawo do weryfikacji złożonej oferty kosztorysowej pod względem cen (przyjmuje się cenę rynkową uśrednioną)
- niniejszy kosztorys stanowi załącznik do wniosku dotyczącego likwidacji barier architektonicznych

(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIE
w związku z ubieganiem się o udzielenie dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Imię i nazwisko:.....

Data urodzenia:.....

PESEL:

Adres zamieszkania:

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

2. Niepełnosprawność pacjenta dotyczy(zaznaczyć właściwe) :

- brak obu kończyn górnych
- brak jednej kończyny górnej
- brak obu kończyn dolnych
- brak jednej kończyny dolnej
- znaczny niedowład obu kończyn górnych
- znaczny niedowład obu kończyn dolnych
- jednoczesna dysfunkcja kończyny górnej i dolnej
- dysfunkcja narządu wzroku
- dysfunkcja narządu słuchu
- dysfunkcja narządu mowy
- deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)
- inne schorzenie:

2. Czy pacjent wymaga opieki osób drugich – stałej/częściowej, w jakim zakresie:

.....
.....

.....

Data

.....

Podpis i pieczęć lekarza