

.....  
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.....miejsowość.....

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

ulica.....nr domu .....nr 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 wnioskodawca	Stopień i symbol niepełnosprawności
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		



.....  
....

**X. PRZEWIDYWANY KOSZT REALIZACJI ZADANIA** (łączna kwota z oferty kosztorysowej).....zł  
słownie.....  
w tym deklarowany wkład własny ( minimum 5% łącznej kwoty przedsięwzięcia).....zł  
wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON .....zł

### **OŚWIADCZENIE:**

1. Przyjmuję do wiadomości, że administratorem zebranych danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Tczewie, ul. Wojska Polskiego 6.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych/mojego dziecka/podopiecznego w celu realizacji wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier architektonicznych zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1781).
3. Oświadczam, że znam prawo do wglądu, zmiany i żądania zaprzestania przetwarzania swoich danych.
4. Podanie danych jest dobrowolne.
5. Oświadczam, że zostałem poinformowany, że złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania oraz, że wniosek złożony w roku 2024 nie przechodzi na rok następny.
6. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.
7. Oświadczam, że posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach zadania.
8. Przyjmuję do wiadomości, że przed rozpatrzeniem wniosku likwidacji barier architektonicznych dokonana zostanie wizja lokalna w miejscu planowanej realizacji zadania celem stwierdzenia faktycznych potrzeb osoby niepełnosprawnej w zakresie zrealizowania przedsięwzięcia objętego dofinansowaniem. Przeprowadzenie wizji lokalnej nie jest jednoznaczne z przyznaniem dofinansowania.

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

\* niepotrzebne skreślić

### **Obowiązkowe załączniki do wniosku :**

1. Kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 100 z późn. zm.),
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób,
3. Oświadczenie o dochodach Wnioskodawcy i osób zamieszkujących wspólnie z Wnioskodawcą (Załącznik nr 1),
4. Wstępny kosztorys ofertowy (Załącznik nr 2),
5. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, **jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu** (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:				

Wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, pomniejszony o należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowych i chorobowego, składki na ubezpieczenie zdrowotne, kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, **podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym**, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił ..... zł.....gr. (netto)\*.

**POUCZENIE**

\*Wysokość dochodu należy obliczyć w następujący sposób: dodać do siebie dochód netto za kwartał (kalendarzowy) poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, następnie podzielić go przez 3, a następnie przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie.

Dochód należy wyliczyć w oparciu art. 3 pkt 1 o ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych ( Dz. U. z 2023 r., poz. 390 z późn. zm.).

**Nie wliczamy do dochodu: świadczeń rodzinnych wypłaconych na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, zasiłków i dodatków rodzinnych, zasiłków i dodatków pielęgnacyjnych, świadczeń lub dodatków wychowawczych („500 plus”) oraz zasiłków porodowych wypłacanych na podst. odrębnych przepisów, dodatków mieszkaniowych i ryczałtów na zakup opału, przyznanych na podst. odrębnych przepisów o dodatkach mieszkaniowych.**

**Uwaga:**

**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 obřębie 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				



			<b>Suma zł</b>	

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 2 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