

.....  
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 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.....miejscowość.....

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	Stopień i symbol niepełnosprawności
1.	Wnioskodawca	
2.		





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 (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				
			<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