

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

ul. Ogrodowa 20, 23-300 Janów Lubelski

tel. (15) 8723-345 fax (15) 8723-678

pcprjanowlubelski@poczta.onet.pl**WNIOSEK****o przyznanie dofinansowania ze środków****Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier
architektonicznych, w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej****I Informacja o Wnioskodawcy.**

1. Imię i nazwisko:.....

PESEL

Nr i seria dowodu osobistego

Adres stały zamieszkania

Adres tymczasowy zamieszkania

2. Numer telefonu

3. Nazwa i nr rachunku bankowego :

.....

4. Stan prawny dot. niepełnosprawności i pozostałych osób niepełnosprawnych
wspólnie gospodarujących:

Stopień niepełnosprawności	Okres ważności orzeczenia o niepełnosprawności	Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej	Stopień pokrewieństwa do wnioskodawcy
Znaczny stopień			
I grupa niepełnosprawności			
całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji			
Umiarkowany stopień			
II grupa niepełnosprawności			
Całkowita niezdolność do pracy			
Lekki stopień			
III grupa niepełnosprawności			
Częściowa niezdolność do pracy			

5. Rodzaj niepełnosprawności (1):

Przyczyny niepełnosprawności wynikające z orzeczenia			
<input type="checkbox"/> 01-U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 02-P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu w tym: <input type="checkbox"/> Osoba głucha	<input type="checkbox"/> 04-O narząd wzroku w tym: <input type="checkbox"/> Osoba niewidoma <input type="checkbox"/> Osoba głuchoniewidoma
<input type="checkbox"/> 05-R narząd ruchu w tym: <input type="checkbox"/> Osoba poruszająca się na wózku	<input type="checkbox"/> 06-E epilepsja	<input type="checkbox"/> 07-S choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 08-T choroby układu pokarmowego
<input type="checkbox"/> 09-M choroby układu moczowo - pęciowego	<input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 11-I inne	<input type="checkbox"/> 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe

II. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON.

Czy wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON :

TAK

NIE

Nr i data zawarcia umowy lub przyznania dofinansowania	Kwota	Cel	Stan rozliczenia

III. Sytuacja zawodowa (1)

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	

IV.A Sytuacja mieszkaniowa – warunki mieszkaniowe (wypełnia pracownik Centrum)

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

IV.B. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i mieszkania

1. dom jednorodzinny*, wielorodzinny prywatny*, wielorodzinny komunalny*, wielorodzinny spółdzielczy*.
2. inne*
3. budynek parterowy*, piętrowy*, mieszkanie na
(proszę podać kondygnację)
4. przybliżony wiek budynku lub rok budowy
5. opis mieszkania: pokoje (podać liczbę), z kuchnią*, bez kuchni*, z łazienką*, bez łazienki*, z wc*.
6. łazienka jest wyposażona w: wannę*, brodzik*, kabinę prysznicową*, umywalkę*
7. w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej*, ciepłej*, kanalizacja*, centralne ogrzewanie*, prąd*, gaz*
8. obecne przystosowanie mieszkania / otoczenia do potrzeb osoby niepełnosprawnej:
.....
.....
.....
.....
9. inne informacje o warunkach mieszkaniowych:
.....
.....
.....
.....
.....

IV.C. Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje (1)

1. samotnie	
2. z rodziną	
3. z osobami nie spokrewnionymi	

V. Średni dochód miesięczny (brutto) na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy (1)

1. do 100% kryterium dochodowego z ustawy o pomocy społecznej	
2. od 101 do 200 % kryterium dochodowego z ustawy o pomocy społecznej	
3. powyżej 200 % kryterium dochodowego z ustawy o pomocy społecznej	

Posiadam / nie posiadam* wymagalnych zobowiązań wobec Funduszu. Jeśli tak proszę podać rodzaj i wysokość wymagalnego zobowiązania

.....

VI. Deklarowany udział własny Wnioskodawcy i/lub sponsora

Deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania – ponad obowiązkowe 20%	
--	--

VII. Dane informacyjne o Wnioskodawcy (1)

a) wykształcenie	zaznacz właściwe	b) rodzaj źródła utrzymania	zaznacz właściwe
1. dzieci bez obowiązku szkolnego		1. wynagrodzenie za pracę	
2. niepełne podstawowe		2. przychody z działalności gospodarczej	
3. podstawowe		3. renta stała*/ emerytura*	
4. zawodowe		4. renta okresowa	
5. średnie ogólnokształcące		5. renta szkoleniowa	
6. średnie zawodowe		6. zasiłek dla bezrobotnych	
7. policealne		7. zasiłek socjalny	
8. wyższe		8. stypendium	
9. wyższe ze stopniem naukowym		9. alimenty*/ inne*	

VIII. Miejsce i cel likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się lub technicznych.

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

IX. Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier i orientacyjny koszt (w kolejności od najważniejszego dla Wnioskodawcy)

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

X. Przewidywany koszt realizacji zadania:

XI. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON (maksimum 80 % przewidywanych kosztów realizacji zadania) cyframi:

(słownie:zł)

XII. Informacja niezbędna do wypełnienia wniosku:

(1) proszę wstawić X we właściwej rubryce

* niepotrzebne skreślić

Uprowadzony / a o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1,2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88 , poz. 553) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101poz. 926 i Nr 153 , poz.1271).

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

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

Dane osobowe niezbędne przy podpisywaniu umowy przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekuna prawnego lub pełnomocnika:

.....syn/córka
imię (imiona) i nazwisko imię ojca
seria nrwydany w dniuprzez
dowód osobisty
nr PESEL miejscowość
ulicanr domunr lokalu.....
dokładny adres
nr kodu-..... pocztapowiat
województwonr tel.

Załączniki do wniosku:

Do I etapu

1. **Kopia ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności**, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123 poz. 776 z późniejszymi zmianami).
2. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób.
3. **Aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające trudności w poruszaniu się** wnioskodawcy, stanowiące załącznik Nr 1.
4. **Udokumentowana podstawa prawna do lokalu**, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (umowa najmu, akt własności, wypis z ksiąg wieczystych, itp.)
5. **Dokument potwierdzający zameldowanie w lokalu**, w którym będzie dokonywana likwidacja barier.
6. **Oświadczenie o dochodach** Wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą, stanowiące załącznik Nr 2.
7. **Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy** o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.
8. **Zaświadczenie ze szkoły, uczelni** potwierdzające statut ucznia, studenta.

Do II etapu

1. **Szkic mieszkania.**
2. **Projekt i kosztorys.**
3. **Kserokopia pisma potwierdzającego zgłoszenie planowanych inwestycji** w wydziale architektoniczno - budowlanym Starostwa Powiatowego w Janowie Lubelskim lub w przypadku wystąpienia takiej konieczności kserokopia dokumentacji potwierdzające uzyskanie pozwolenia na dokonanie planowanej inwestycji.
4. **Zgoda właściciela budynku mieszkalnego** na przeprowadzenie ujętej we wniosku likwidacji barier architektonicznych (dotyczy osób nie będących właścicielami lub użytkownikami wieczystymi).

KARTA OCENY WNIOSKÓW O DOFINANSOWANIE LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH

KRYTERIA OCENY WNIOSKU - punktacja stała		Liczba punktów	Punktacja wniosku
1	Rodzaj/stopień niepełnosprawności (zgodnie z treścią orzeczenia i zaświadczenia lekarskiego załączonego do wniosku):		
a)	Osoby z niepełnosprawnością ruchową poruszające się na wózku inwalidzkim lub po amputacji kończyn górnych lub dolnych	10	
b)	Inne osoby z dysfunkcją narządu ruchu o stopniu niepełnosprawności	znaczny (I grupa inwalidzka) w tym dzieci do 16 r.ż.	3
		umiarkowany (II grupa inwalidzka)	2
		lekki (III grupa inwalidzka)	1
c)	Inne osoby z dysfunkcją narządu wzroku o stopniu niepełnosprawności	znaczny (I grupa inwalidzka) w tym dzieci do 16 r.ż.	3
		umiarkowany (II grupa inwalidzka)	2
		lekki (III grupa inwalidzka)	1
2	Aktywność zawodowa:		
a)	osoba zatrudniona lub prowadząca działalność gospodarczą / dzieci lub młodzież do 24 r.ż. ucząca się lub studiująca	10	
b)	osoba bezrobotna lub osoba poszukująca pracy i niepozostająca w zatrudnieniu, które są zarejestrowane w urzędzie pracy, deklarujące wejście na rynek pracy	5	
3	Inne kryteria:		
a)	Wnioskodawca nie otrzymał dotąd dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych ze środków PFRON w ramach wnioskowanego zadania	6	
b)	Wnioskodawca ani członek jego gospodarstwa domowego nie uzyskali dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych ze środków PFRON	nigdy	6
		w ciągu ostatnich 3 lat	0
c)	Wnioskodawca zamieszkuje	samotnie	5
		z osobami nie spokrewnionymi	2
		z rodziną	1
d)	Obecne przystosowanie mieszkania / otoczenia do potrzeb osoby niepełnosprawnej	złe	10
		przeciętne	5
		dobre lub bardzo dobre	0
e)	Średni miesięczny dochód przypadający na 1 członka gospodarstwa domowego	Do 100% kryterium dochodowego z ustawy o pomocy społecznej	6
		Od 101% do 200% kryterium dochodowego z ustawy o pomocy społecznej	3
		Powyżej 200% kryterium dochodowego z ustawy o pomocy społecznej	1
f)	Deklarowany udział własny ponad obowiązkowe 20% kosztów realizacji zadania – za każde dodatkowe 5%	1 pkt. za każde 5 %	
g)	Osoby niepełnosprawne – mieszkańcy tego samego gospodarstwa domowego należy punktować zgodnie z ich rodzajem niepełnosprawności, analogicznie do punktacji wnioskodawcy z pkt 1 niniejszych kryteriów.		
RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1-3)		Suma punktów	
		Pieczętka imienna, data, podpis pracownika dokonującego punktacji wniosku

Adnotacje przyjmującego wniosek

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

II. Opinia merytoryczna dotycząca poprawności rozwiązań technicznych i kosztów likwidacji barier

Etap I

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

.....
(data i podpis)

Etap II

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

.....
(data i podpis)

III. Decyzja o przyznaniu dofinansowania

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

.....
(data i podpis)