



...../RSLBA/2024  
numer kolejny wniosku

## WNIOSEK

**O dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.**

### I. Dane dotyczące Wnioskodawcy :

Imię i nazwisko ..... PESEL .....

Data urodzenia ..... adres e-mail .....

nr telefonu/ faksu .....

**Adres zamieszkania:** .....

.....  
kod pocztowy/ miejscowość/ ulica/ numer

**Adres korespondencyjny:** .....

.....  
kod pocztowy/ miejscowość/ ulica/ numer

Taki sam jak adres zamieszkania

### II. Dane podopiecznego/mocodawcy\*

(\* należy wypełnić tylko w sytuacji, jeśli osoba niepełnosprawna nie występuje we własnym imieniu)

Imię i nazwisko ..... PESEL .....

Data urodzenia ..... adres e-mail .....

nr telefonu/ faksu .....

**Adres zamieszkania:** .....

.....  
kod pocztowy/ miejscowość/ ulica/ numer

**III. Rodzaj orzeczenia i stopień niepełnosprawności** ( grupa inwalidzka – KIZ,  orzeczenie o niezdolności do pracy,  orzeczenie o stopniu niepełnosprawności/ o niepełnosprawności, inne) .....

Orzeczenie ważne:  bezterminowo/ okresowo do .....

Stopień / zakres trudności w poruszaniu się (uzasadnienie) .....

### IV. Średni dochód:

Osoba niepełnosprawna prowadzi gospodarstwo domowe:  indywidualne/  wspólne

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: ... .. w tym niepełnosprawnych: .....

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie osoby niepełnosprawnej: .....

### V. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

nie korzystałem

korzystałem

z dofinansowania na likwidację barier  architektonicznych  
 w komunikowaniu się  
 technicznych

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

#### VI. Cel dofinansowania/Przedmiot wniosku/ przeznaczenie dofinansowania:

- .....
1. Przewidywany koszt realizacji zadania (100%): .....zł  
(słownie: .....zł)
2. Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON: .....zł  
(słownie: .....zł)
- Co stanowi .....% kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania.
3. Deklarowane środki własne: .....zł
4. Inne źródła finansowania: .....

#### VII. Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier

.....

.....

.....

Miejsce realizacji zadania: .....

Przewidywany termin rozpoczęcia (data): .....

Przewidywany czas realizacji zadania (w tygodniach): .....

#### VIII. Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc w którym składany jest wniosek, oraz dotychczasowe źródła finansowania .....

#### IX. Forma przekazania środków finansowych

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę

Dane właściciela konta:.....Nazwa banku.....

Nr rachunku bankowego: .....

Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

#### X. Opis budynku i mieszkania

1. budynek:  dom jednorodzinny,  wielorodzinny  prywatny,  komunalny,  spółdzielczy

2.  budynek parterowy,  piętrowy, mieszkanie na ..... piętrze

3. przybliżony wiek budynku, lub rok budowy .....

4. opis mieszkania: pokoje: .....(liczba pokoi),  kuchnia,  łazienka z wc,  łazienka i wc osobne

5. łazienka jest wyposażona w :  wannę,  brodzik,  kabinę prysznicową,  umywalkę

6. w mieszkaniu jest:  instalacja wody zimnej,  ciepłej,  kanalizacja,  CO,  prąd,  gaz

7. inne informacje o warunkach mieszkaniowych .....

## **XI. Sytuacja zawodowa osoby niepełnosprawnej:**

- zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
- osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
- bezrobotny poszukujący pracy
- rencista poszukujący pracy
- rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
- dzieci i młodzież do lat 18
- inne / jakie

## **XII. Oświadczenia:**

1. W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.
2. Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. 2021, poz. 2345, ze zm.) - **za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy** oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.
3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (EU) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych „RODO”).
4. Przyjmuję do wiadomości, że wniosek złożony przed dniem podjęcia uchwały Rady Miasta w sprawie wykorzystania środków PFRON (zwyczajowo odbywa się to w miesiącu luty lub marzec danego roku) zostanie rozpatrzony do 30 dni po podjęciu wyżej wymienionej uchwały.

*Tychy, dnia .....*

.....  
*czytelny podpis*

### **Załączniki do wniosku:**

- Kopia ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego (zgodnie z art. 1, art. 5 pkt. 1a lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych Dz. U. z 2023 r. poz. 100 ze zm.)
- Aktualne zaświadczenie lekarskie (druk w załączeniu);
- Oświadczenia do wniosku (druk w załączeniu);
- Potwierdzenie zameldowania w lokalu w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych;
- Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych zawierająca informację o adresie i właścicielach nieruchomości - jeśli dane te nie wynikają z treści księgi wieczystej (akt własności, umowa najmu, przydział mieszkania);
- Zgoda na likwidację barier właściciela lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych.
- Kopia aktu urodzenia dziecka – jeśli sprawa dotyczy dziecka;
- Kopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym lub pełnomocnictwo notarialne - jeśli dotyczy;
- Udokumentowana informacja o innych niż środki PFRON źródłach finansowania zadania.
- Ewentualne inne dokumenty uzasadniające potrzebę likwidacji barier

# Załącznik do wniosku w ramach likwidacji barier

## Oświadczenia

Oświadczam, że:

1. informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania;
2. posiadam/nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON;
3. w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku byłem(łam) stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie : TAK / NIE
4. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w realizacji wnioskowanego przedsięwzięcia;
5. jestem /nie jestem płatnikiem podatku VAT;
6. posiadam/ nie posiadam urządzenia o które wnioskuję (dotyczy likwidacji barier technicznych i w komunikowaniu się)
7. podstawa prawna zameldowania w lokalu: własność/ użytkowanie wieczyste/  
najem/ inne - w przypadku własności należy podać numer księgi wieczystej:  
KA1T ..... (dotyczy likwidacji barier architektonicznych)

.....  
miejsowość,

.....  
data podpis wnioskodawcy

### Uwagi do wniosku:

1. Należy brać pod uwagę wszystkie dochody w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, uzyskiwane przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.
2. Wysokość wnioskowanego dofinansowania wynosi do 95% kosztów przedsięwzięcia i nie może przekraczać piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia.
3. Dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych przysługuje oddzielnie na każdy rodzaj zadania.
4. Dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych nie przysługuje osobom niepełnosprawnym, które w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku uzyskały odpowiednio na te cele dofinansowanie ze środków PFRON.
5. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.

.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko ..... PESEL.....

Adres .....

**Rodzaj niepełnosprawności** (prosimy zaznaczyć wszystkie występujące dysfunkcje):

dysfunkcja narządu ruchu

z koniecznością poruszania się **na wózku inwalidzkim**;

z koniecznością poruszania się przy pomocy: .....

inna dysfunkcji narządu ruchu: .....

brak/  niedowład kończyn  dolnych/  górnych .....

dysfunkcja narządu wzroku;

dysfunkcja narządu  słuchu/ mowy;

deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe);

inne dysfunkcje .....

Niepełnosprawność  **powoduje**/  **nie powoduje** trudności w poruszaniu się.

Informacja o obecnym stanie zdrowia uzasadniająca potrzebę likwidacji barier  
(należy wypełnić poniżej)

.....  
.....

nie ma konieczności likwidacji barier

Zakres zalecanej likwidacji barier:

(należy wymienić niezbędne udogodnienia)

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

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)