



#### IV. Stopień niepełnosprawności\*

<b>1.</b>	<b>Znaczny</b>	
1)	inwalidzi I grupy	
2)	osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
3)	osoby całkowicie niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym i niezdolne do samodzielnej egzystencji (orzeczenia wydane przed 01.01.1998 r.)	
<b>2.</b>	<b>Umiarkowany</b>	
1)	inwalidzi II grupy	
2)	osoby całkowicie niezdolne do pracy	
<b>3.</b>	<b>Lekki</b>	
1)	pozostali inwalidzi III grupy	
2)	osoby częściowo niezdolne do pracy	
3)	osoby niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym (orzeczenia wydane przed 01.01.1998 r.)	
<b>4.</b>	<b>Dzieci i młodzież w wieku do lat 16 z orzeczeniem o niepełnosprawności</b>	

#### V. Rodzaj niepełnosprawności\*

<b>1.</b>	<b>Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim</b>	
<b>2.</b>	<b>Inna dysfunkcja narządu ruchu</b>	
<b>3.</b>	<b>Dysfunkcja narządu wzroku</b>	
<b>4.</b>	<b>Dysfunkcja narządów słuchu i mowy</b>	
<b>5.</b>	<b>Schorzenia psychiczne i umysłowe</b>	
<b>6.</b>	<b>Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia</b>	

#### VI. Naruszenie sprawności organizmu - Ważność dokumentu\*

1)	czasowe (okresowe) do: .....	
2)	stałe (trwale)	

#### VII. Sytuacja zawodowa osoby niepełnosprawnej\*

<b>1.</b>	<b>Zatrudniony(a)/prowadzący(a) działalność gospodarczą</b>	
<b>2.</b>	<b>Bezrobotny(a)/poszukujący(a) pracy</b>	
<b>3.</b>	<b>Rencista/emeryt niezainteresowany podjęciem pracy</b>	
<b>4.</b>	<b>Rencista poszukujący pracy</b>	
<b>5.</b>	<b>Młodzież od lat 18-24 ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca</b>	
<b>6.</b>	<b>Dzieci i młodzież do lat 18</b>	

\* wstawić znak X we właściwej rubryce



**X. Przedmiot dofinansowania - Wykaz planowanych przedsięwzięć, w celu likwidacji barier, w kolejności od najważniejszego**

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....
8. ....

**XI. Koszt realizacji zadania i kwota wnioskowana**

1. Przewidywany całkowity koszt realizacji zadania: ..... zł
2. Kwota wnioskowanego dofinansowania (max 95%): ..... zł  
(słownie: .....)

**XII. Cel likwidacji barier architektonicznych (uzasadnienie składanego wniosku)**

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

**XIII. Miejsce realizacji zadania**

.....

**XIV. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania**

1. Termin rozpoczęcia: .....
2. Termin zakończenia: .....

**XV. Wartość nakładów dotychczas poniesionych na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania.**

.....  
.....

**XVI. Informacje o innych źródłach finansowania przedsięwzięcia**

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

**Ważna informacja!**  
**Dofinansowanie nie obejmuje kosztów likwidacji barier poniesionych przed  
przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie  
ze środków Funduszu**

Uprzedzony(a) o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1-3 i § 6 oraz art. 297 ustawy z dnia czerwca 1997 r. - Kodeks karny (t. j. Dz. U. z 2018 r., poz. 1600, z późn. zm.), potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych zawartych we wniosku oraz załącznikach. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Oświadczam, że:

- nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz nie byłem(-łam) w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
- podane informacje są zgodne z prawdą,
- posiadam środki finansowe w wysokości minimum 5% na pokrycie udziału własnego realizowanego zadania,
- zapoznałem(-łam) się z zasadami dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych,
- zapoznałem(-łam) się z klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Lubaczowie

.....  
(miejsowość i data)

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

*\*niepotrzebne skreślić*

## **Załączniki do wniosku:**

### **Do I etapu**

1. Kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z osobą niepełnosprawną, której wniosek dotyczy, w przypadku takich osób.
3. Oryginał dowodu osobistego do wglądu.
4. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności.
5. Udokumentowana podstawa prawna do obiektu, w którym planowana jest likwidacja barier architektonicznych (należy załączyć kopię dokumentu, np. akt własności, przydział lokalu).
6. Poświadczenie zameldowania stałego z urzędu miasta lub gminy.
7. Oświadczenie o dochodach osoby niepełnosprawnej, której wniosek dotyczy i osób wspólnie zamieszkałych.
8. Zaświadczenie z powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego(-ej) lub poszukującego(-ej) pracy.
9. Zgoda właściciela budynku (w koniecznych przypadkach).
10. Pisemne upoważnienie do złożenia wniosku i innych dokumentów oraz składania wyjaśnień w imieniu osoby niepełnosprawnej, której wniosek dotyczy (w koniecznych przypadkach).

### **Do II etapu**

1. Pozwolenie na budowę lub zgłoszenie określone w przepisach prawa budowlanego (w koniecznych przypadkach).
2. Kosztorys ofertowy szczegółowy: przedmiar robót, zestawienie materiałów i sprzętu (na podstawie cennika SEKOCENBUD-u) – należy dostarczyć po wizji lokalnej i pozytywnej opinii.
3. Oświadczenie wykonawcy robót o podatku VAT.

# O Ś W I A D C Z E N I E

## o wysokości dochodów i liczbie członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

Ja niżej podpisany(a) .....,  
zamieszkały(a) ..... oświadczam, co następuje:  
Liczba osób w mojej rodzinie pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym (łącznie ze mną) wynosi ..... osób.

Lp.				Średni miesięczny dochód netto
1.	Osoba niepełnosprawna, której wniosek dotyczy .....			
Pozostali członkowie gospodarstwa domowego wspólnie się utrzymujące i mieszkające bez względu na wiek i pokrewieństwo (w tym osoby niepełnosprawne)				
	Stopień pokrewieństwa	Stopień niepełnosprawności	Rodzaj niepełnosprawności	
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
<b>RAZEM</b>				

Rodzina posiada\*/nie posiada\* gospodarstwo rolne o powierzchni ..... ha przeliczeniowego i osiąga z niego miesięczny dochód w kwocie ..... zł.

Oświadczam, że średni miesięczny dochód netto, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi: ..... zł.

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (t. j. Dz. U. z 2018 r., poz. 1600, z późn. zm), w związku z art. 75 § 2 i art. 83 § 3 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (t. j. Dz. U. z 2018 r., poz. 2096, z późn. zm.) za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku i załącznikach zostały podane zgodnie z prawdą.

.....  
(miejsowość i data)

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

\* niepotrzebne skreślić

.....  
(pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**  
**do potrzeb ubiegania się przez osobę niepełnosprawną o dofinansowanie**  
**ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**  
**do likwidacji barier architektonicznych**  
*(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)*

*Imię i nazwisko pacjenta* .....

*Data urodzenia* .....

*Adres zamieszkania* .....

*Nr PESEL* .....

**1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:**

.....  
.....

**2. Opis schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności:**

.....  
.....

**3. Osoba niepełnosprawna porusza się\*:**

- jest leżąca
- na wózku inwalidzkim
- przy pomocy balkonika/podpórki, 2 kul
- przy pomocy laski lub kuli
- samodzielnie

**4. Osoba niepełnosprawna jest \*:**

- niedowidząca
- niewidoma

**5. Uzasadnienie celowości likwidacji barier architektonicznych w aspekcie indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej:**

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

.....  
( miejscowość i data)

.....  
(pieczętka i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie)

\* właściwe zaznaczyć