

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE**  
**LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH\***  
dla indywidualnych osób niepełnosprawnych

Nr sprawy:

Data przyjęcia:

**POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W GORLICACH**

**I. Dane osoby ubiegającej się o dofinansowanie:**

**DANE PERSONALNE**

Imię ..... Nazwisko .....

Data urodzenia ..... PESEL: \_\_\_\_\_

Seria i nr dowodu osobistego..... wydany w dniu .....  
przez.....

NIP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_      Nr telefonu: .....

Adres zameldowania:  na stałe: .....  
 czasowo: .....

Adres stałego zamieszkania: .....

Nazwa banku ..... nr rachunku bankowego .....

**POSIADANE ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB ORZECZENIE  
RÓWNOWAŻNE**

.....  
.....

wydane  trwale       okresowo do .....

**Dane:**       rodzica / opiekuna prawnego dziecka niepełnosprawnego  
 opiekuna prawnego dorosłej osoby niepełnosprawnej:

Imię ..... Nazwisko .....

PESEL: \_\_\_\_\_      NIP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

seria i nr dowodu osobistego ..... wydany przez .....  
..... Nr telefonu: .....

Miejsce zamieszkania: .....  
ustanowiony Opiekunem/Pełnomocnikiem\*\* .....  
postanowieniem Sądu Rejonowego ..... z dn. ....sygn.akt ..... na mocy pełnomocnictwa  
potwierdzonego przez Notariusza .....  
z dn. .... repet. nr .....

\*\*Zaznaczyć właściwe

\***Bariery architektoniczne** – to utrudnienia występujące w budynku i w jego najbliższej okolicy, które ze względu na rozwiązania techniczne, konstrukcyjne lub warunki użytkowania uniemożliwiają lub utrudniają swobodę ruchu osobom niepełnosprawnym.



#### IV. Przedmiot dofinansowania

1. Krótki opis wnioskowanego do dofinansowania zakresu związanego z likwidacją barier architektonicznych:

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

2. Koszt realizacji:

Przewidywany koszt ogólny .....

Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych na realizację zadania wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania .....

Inne źródła finansowania.....

Wnioskowana kwota dofinansowania z PFRON\*.....

(kwota słownie).....

\* wnioskowana kwota dofinansowania nie może przekroczyć 80% kosztu ogólnego

3. Miejsce realizacji:

Pełna nazwa.....

Adres.....

Data zamieszkania w lokalu .....

4. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji:

.....

#### V. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON:

Czy Wnioskodawca uzyskał dofinansowanie z PFRON **)					Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Nr umowy i data zawarcia	Kwota	Cel	Data otrzymania dofinansowania	Stan rozliczenia***)		
Razem:		Razem kwota rozliczona				

\*\*) Informacja dotyczy dofinansowań udzielanych na podstawie umów cywilno – prawnych zawartych z PFRON, bądź PCPR – zaznaczyć właściwe.

\*\*\*) Określić stan rozliczenia umowy, np.: *umowa rozwiązana z przyczyn leżących po stronie podmiotu, w trakcie rozliczania, rozliczona, nie rozliczona*

**Do wniosku załączam wymagane dokumenty:**

- Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik.
- Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą.
- Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, inne dokumenty lekarskie opisujące występujące schorzenia.
- Oświadczenie o wysokości dochodów wszystkich członków gospodarstwa domowego Wnioskodawcy
- Dokument potwierdzający adres zameldowania.
- Aktualny dokument stwierdzający własność lokalu, np. wyciąg z ksiąg wieczystych,
- Zgoda właściciela budynku lub lokalu mieszkalnego jeżeli nie jest nim Wnioskodawca.

***Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i 2 ustawy z dn. 6 czerwca 1997r. – Kodeks karny (Dz U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) oświadczam, że:***

- 1. dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym,***
- 2. nie posiadam / posiadam\* zaległości wobec PFRON,***
- 3. w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku nie byłem/ byłem\* stroną umowy zawartej z PFRON, bądź PCPR i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,***
- 4. zobowiązuję się niezwłocznie informować o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku.***

\* zaznaczyć właściwe

.....  
data

.....  
podpis wnioskodawcy\*, przedstawiciela ustawowego\*,  
opiekuna prawnego\*, pełnomocnika\*

---