....
nr kolejny wniosku rok złożenia wniosku

Załącznik nr 1 do zarządzenia Starosty Ząbkowickiego nr ... z dnia ...

data wpływu .....

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

A. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY (*proszę wypełnić drukowanymi literami*)

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania .....

Numer NIP.....

Numer PESEL .....

Numer telefonu.....

Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik*:

1. pierwsza grupa (znaczny stopień niepełnosprawności)	
2. druga grupa (umiarkowany stopień niepełnosprawności)	
3. trzecia grupa (lekki stopień niepełnosprawności)	
4. dziecko do 16 lat z orzeczoną niepełnosprawnością	

Rodzaj niepełnosprawności*:

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządu słuchu	
5. dysfunkcja narządu mowy	
6. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
7. pozostałe wraz ze schorzeniami sprzężonymi	

Oświadczenie o dochodach Wnioskodawcy i osób pozostających wraz z nim we wspólnym gospodarstwie domowym:

Lp.	Imię i nazwisko	pokrewieństwo	wysokość dochodu
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
		Łączny dochód	

Oświadczam, że mój przeciętny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wyniósł.....zł.

*Wstawić X w odpowiednim miejscu

Nazwa banku i numer rachunku bankowego:.....

.....

B. PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA

Cel dofinansowania:

.....

.....

.....

Miejsce realizacji zadania.....

Przewidywany koszt realizacji zadania.....zł

Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków Funduszu (*max. 80% planowanej inwestycji*): .....zł.

Słownie: .....

Deklarowany procentowy udział Wnioskodawcy w kosztach przedsięwzięcia *(min. 20 %)*:

.....%

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

.....

Uzasadnienie i wykazanie spodziewanego wpływu przedmiotu wnioskowanego na likwidację określonego rodzaju bariery:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wykaz planowanych przedsięwzięć, inwestycji, zakupów (*w kolejności od najważniejszej dla Wnioskodawcy*):

.....

.....

.....

.....

.....

Ogólna wartość dotychczas poniesionych nakładów na realizację zadania wraz z podaniem źródła finansowania:

.....

.....

Udokumentowana informacja o innych źródła finansowania:

.....

Dotychczasowe korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych:

Korzystalam /em:	TAK / NIE**			
Data przyznania dofinansowania	*Numer zawartej umowy*	*Cel*	*Kwota*	*Stan rozliczenia*

C. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i mieszkania *(wypełnić w przypadku wniosku z zakresu likwidacji barier architektonicznych lub technicznych)* *

1. dom jednorodzinny*, wielorodzinny prywatny* / komunalny*/ 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*, bez 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. inne informacje o warunkach mieszkaniowych .....

.....

** niepotrzebne skreślić

* zaznaczyć właściwe

ADNOTACJE *(wypełnia pracownik PCPR)*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wniosek rozpatrzono:

□ pozytywnie na kwotę ..... zł. Pieniądze przekazano: na konto / przekazem pocztowym*

.....

.....

□ negatywnie z powodu .....

.....

.....

.....

Data *podpis*

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ząbkowicach Śląskich
ul. B. Prusa 5, 57-200 Ząbkowice Śl.
Tel. (0-74) 815-60-00,815-68-28

* zaznaczyć właściwe

....

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej, lub gabinetu lekarskiego

data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta .....

Data urodzenia .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej: .....

   .....

   .....

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności:

   .....

   .....

   .....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:

   .....

   .....

   .....

4. Potrzeby pacjenta w zakresie wyposażenia w odpowiednie do rodzaju schorzeń urządzenia/ sprzęt rehabilitacyjny:.....

   .....

   .....

5. Niepełnosprawność pacjenta dotyczy *(zakreślić właściwe):*

   □ narządu ruchu w zakresie .....
   □ dysfunkcji z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
   □ innej dysfunkcji kończyn dolnych
   □ dysfunkcji kończyn górnych
   □ jednoczesnej dysfunkcji kończyn dolnych i kończyn górnych
   □ narządu wzroku
   □ narządu słuchu
   □ narządu mowy
   □ innego schorzenia .....

.....

pieczątka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie