**Data wpływu:**

**Nr sprawy:**

# WNIOSEK o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach programu „Samodzielność – Aktywność – Mobilność!”

## Moduł Dostępne mieszkanie

### DANE WNIOSKODAWCY

#### ROLA WNIOSKODAWCY

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Zawartość |
| **Wnioskodawca składa wniosek:** |  we własnym imieniu jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego jako opiekun prawny pełnoletniego podopiecznego jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie na mocy pełnomocnictwa niepoświadczonego notarialnie |
| **Postanowieniem Sądu Rejonowego:** |  |
| **Z dnia:** |   |
| **Sygnatura akt:** |  |
| **Imię i nazwisko notariusza:** |  |
| **Repertorium nr:** |  |
| **Zakres pełnomocnictwa:** |  pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie do rozliczenia dofinansowania do zawarcia umowy do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku do złożenia wniosku inne |

Do wniosku należy dołączyć skan pełnomocnictwa umieszczając go na liście załączników.

### DANE WNIOSKODAWCY

#### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Zawartość |
| **Imię:** |  |
| **Drugie imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Płeć:** |  kobieta  mężczyzna |

##### ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Zawartość |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Gmina:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Numer domu:** |  |
| **Numer lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Rodzaj miejscowości:** |  miasto powyżej 5 tys. mieszkańców miasto do 5 tys. mieszkańców wieś |
| **Numer telefonu:** |  |
| **Adres email:** |  |

##### ADRES KORESPONDENCYJNY

|  |
| --- |
|  Taki sam jak adres zamieszkania |

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Zawartość |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Gmina:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Numer domu:** |  |
| **Numer lokalu:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
|  |  |

#### DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

#### DANE PERSONALNE DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Zawartość |
| **Imię:** |  |
| **Drugie imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Płeć:** |  kobieta  mężczyzna |

#### ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Zawartość |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Gmina:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Numer domu:** |  |
| **Numer lokalu:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Numer telefonu:** |  |
| **Adres email:** |  |

#### NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

#### STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Zawartość |
| **Stopień niepełnosprawności:** |  znaczny umiarkowany lekki nie dotyczy |
| **Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:** |  bezterminowo okresowo – do dnia: …… |
| **Numer orzeczenia:** |  |
| **Grupa inwalidzka:** |  I grupa II grupa III grupa nie dotyczy |
| **Niezdolność do pracy:** |  całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji całkowita niezdolność do pracy częściowa niezdolność do pracy nie dotyczy |

#### RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  01-U – upośledzenie umysłowe 02-P – choroby psychiczne 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu 04-O – narząd wzroku 05-R – narząd ruchu 06-E – epilepsja 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia 08-T – choroby układu pokarmowego 09-M – choroby układu moczowo-płciowego 10-N – choroby neurologiczne 11-I – inne 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Zawartość |
| **Czy osoba niepełnosprawna posiada orzeczenie wydane z powodu dysfunkcji narządu słuchu** |  Tak  Nie |
| **Czy osoba niepełnosprawna jest głucha** |  Tak  Nie |
| **Czy osoba niepełnosprawna jest głuchoniema** |  Tak  Nie |
| **Czy osoba niepełnosprawna jest głuchoniewidoma** |  Tak  Nie |
| **Czy osoba niepełnosprawna porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego** |  Tak  Nie |
| NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ SPRZĘŻONA |
| **Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:** |  Tak  Nie |
| **Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):** |  2 przyczyny 3 przyczyny |

 |

#### AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

|  |
| --- |
| Aktywność zawodowa: nie dotyczy nieaktywna/y zawodowo bezrobotna/y (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy)Okres zarejestrowania w Powiatowym Urzędzie Pracy (w pełnych miesiącach): od….. poszukująca/y pracy i niezatrudniony zatrudniony |
| Metody poszukiwania pracy, w tym planowane: jestem zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy i poszukuję pracy tylko poprzez PUP poszukuję pracy poprzez przeglądanie, zamieszczanie lub odpowiadanie na ogłoszenia, w tym korzystam z aplikacji i portali w Internecie poszukuje pracy poprzez krewnych, znajomych poszukuję pracy bezpośrednio w zakładach pracy poszukuję pracy poprzez prywatne biuro pośrednictwa pracy uczestniczę w testach, rozmowach kwalifikacyjnych podjąłem starania o zorganizowanie własnego miejsca pracy (działalność gospodarcza, rolnicza itp.) |

##### INFORMACJE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Forma zatrudnienia | Od dnia | Na czas nieokreślony | Do dnia |
|  stosunek pracy na podstawie umowy o pracę |  |  |  |
|  stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę |  |  |  |
|  umowa cywilnoprawna |  |  |  |
|  działalność gospodarcza |  |  |  |
|  działalność rolnicza |  |  |  |

#### KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

|  |
| --- |
| **Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie), w tym za pośrednictwem PCPR lub MOPR?** tak  nie |
| **Zadanie** | **Kwota dofinansowania** |
|  |  |
| **Razem uzyskane dofinansowanie:** |  |
| **Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:** tak  nie**Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:** tak  nie**Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:****Czy Wnioskodawca ciągu ostatnich 3 lat był stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie:** tak  nie |

### UZASADNIENIE WNIOSKU

|  |
| --- |
| **Wnioskodawca może uzasadnić potrzebę udzielenia pomocy w formie dofinansowania ze środków PFRON, szczególnie w odniesieniu do celu programu, jakim jest wzrost niezależności beneficjentów oraz ułatwienie im aktywności zawodowej i społecznej poprzez zapewnienie mieszkania wolnego od barier architektonicznych, jako podstawy samodzielnego realizowania planów zawodowych i społecznych (Uzasadnienie można przedstawić w formie dodatkowego załącznika do wniosku):****Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR):** tak  nie**Czy Wnioskodawca uzyskał w ciągu ostatnich 3 lat pomoc ze środków PFRON na pokrycie kosztów wynajęcia, zmiany mieszkania:** tak  nie |

### ŹRÓDŁO INFORMACJI O MOŻLIWOŚCI UZYSKANIA DOFINANSOWANIA W RAMACH PROGRAMU

|  |
| --- |
|  firma handlowa media Realizator programu PFRON inne, jakie: |

### PRZEDMIOT WNIOSKU – Informacje o mieszkaniu z którego obecnie korzysta osoba niepełnosprawna

|  |  |
| --- | --- |
| Wartość mieszkania w zł |  |
| Powierzchnia mieszkania w m2 |  |
| Stopień niedostosowania Mieszkania do wymogów osób z niepełnosprawnością Mieszkanie całkowicie nie spełnia moich oczekiwań w zakresie dostępności Mieszkanie częściowo nie spełnia moich oczekiwań w zakresie dostępności, nie zapewnia mi samodzielności w poruszaniu się w mieszkaniu i wyjścia z mieszkania na zewnątrz |
| Braki udogodnień dostępności: Niedostępny poziom zerowy budynku (w tym brak podjazdu) Mieszkanie nie jest położone na parterze, brak windy Winda niedostępna dla osób poruszających się przy pomocy wózka inwalidzkiego W ogólnodostępnej powierzchni budynku są progi i stopnie (poziom zerowy) Zbyt wąski korytarz prowadzący do mieszkania Zbyt wąskie drzwi wejściowe do mieszkania/domu Zbyt wąskie drzwi/wejścia do pomieszczeń w mieszkaniu Niedostosowany prysznic Niedostosowana wanna Utrudniony dostęp do urządzeń sanitarnych (bez ułatwień dla osób z niepełnosprawnością) Niebezpieczna powierzchnia podłóg w mieszkaniu (progi, stopnie, materiały nie antypoślizgowa) Utrudniony dostęp do okien Inne, jakie: |
| Piętro: Mieszkanie poniżej poziomu „0” Parter Piętra od 1 do 5 Piętra od 6 do 10 Powyżej 10 piętra |
| Typ posiadanego mieszkania: Dom jednorodzinny Mieszkanie |
| Rodzaj mieszkania: Własnościowe Spółdzielcze własnościowe |
| Województwo |  |
| Powiat |  |
| Gmina |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica |  |
| Numer domu |  |
| Numer lokalu |  |
| Kod pocztowy |  |
| Poczta |  |

### PRZEDMIOT WNIOSKU – Informacje o mieszkaniu, na które ma zostać zmienione obecne mieszkanie

|  |  |
| --- | --- |
| Wartość, w tym planowana (w zł) |  |
| Kwota wnioskowana (w zł) |  |
| **Deklarowany udział własny Wnioskodawcy (w zł) – łącznie:****Procentowy udział własny Wnioskodawcy – łącznie: %** |
| Powierzchnia, w tym planowana (w m2) |  |
| Stopień / planowany stopień dostosowania Mieszkania do wymogów osób z niepełnosprawnością: Mieszkanie w pełni/całkowicie spełnia/powinno spełniać moje oczekiwania w zakresie dostępności Mieszkanie częściowo spełnia/powinno spełniać moje oczekiwania w zakresie dostępności, dając mi samodzielność w poruszaniu się w mieszkaniu i wyjście z mieszkania na zewnątrz |
| Rodzaj / planowany rodzaj udogodnień: Dostępny poziom zerowy budynku (w tym podjazd) Winda (z dostępnym wjazdem dla wózka) Mieszkanie na parterze Ogólnodostępna powierzchnia budynku jest bez progów i stopni (poziom zerowy) Szeroki korytarz prowadzący do mieszkania Szerokie drzwi wejściowe do mieszkania/domu Dostępne architektonicznie, szerokie wejścia do pomieszczeń w mieszkaniu Prysznic (bez konieczności dostosowania) Wanna (bez konieczności dostosowania) Łatwy dostęp do urządzeń sanitarnych (ułatwienia dla osób z niepełnosprawnością) Bezpieczna powierzchnia podłóg w mieszkaniu (bez progów, stopni, antypoślizgowa) Łatwy dostęp do okien Inne, jakie  |
| Piętro / planowane piętro: Mieszkanie poniżej poziomu „0” Parter Piętra od 1 do 5 Piętra od 6 do 10 Powyżej 10 piętra |
| Typ / planowany typ mieszkania uzyskanego w ramach zmiany: Dom jednorodzinny Mieszkanie |
| Powierzchnia / planowana powierzchnia użytkowa mieszkania: do 30m2 od 31 do 50m2 od 51 do 70 m2 powyżej 70m2 |
| Wszyscy użytkownicy / planowani użytkownicy mieszkania: Będę mieszkać samodzielnie Będę mieszkać z rodziną Będę mieszkać z innymi osobami |
| Liczba / planowana liczba dodatkowych użytkowników mieszkania (należy wskazać wszystkie osoby poza osobą, która ma uzyskać dofinansowanie): 1 2 3 4 5 Więcej niż 5 |
| Liczba / planowana liczba osób niepełnosprawnych spośród dodatkowych użytkowników mieszkania (poza osobą, która ma uzyskać dofinansowanie): 0 1 2 3 4 5 Więcej niż 5 |
| Powierzchnia na jedną osobę |  |
| Województwo |  |
| Powiat |  |
| Gmina |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica |  |
| Numer domu |  |
| Numer lokalu |  |
| Kod pocztowy |  |
| Poczta |  |

#### DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY

|  |
| --- |
| na który mogą zostać przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku |

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Zawartość |
| **Numer rachunku bankowego:** |  |
| **Nazwa banku** |  |

### OŚWIADCZENIA DO WNIOSKU

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Treść oświadczenia** |
| 1 | Oświadczam, że: informacje podane przeze mnie we wniosku i załącznikach do wniosku, są zgodne z prawdą. |
| 2 | Oświadczam, że: dysponuję tytułem prawnym do lokalu na mocy prawa własności lub spółdzielczego własnościowego prawa do lokalu. |
| 3 | Oświadczam, że: posiadana/zamieszkana przeze mnie nieruchomość ze względu na bariery architektoniczne w mieszkaniu i/lub w budynku uniemożliwia mi samodzielne wyjście na zewnątrz na poziom zero. |
| 4 | Oświadczam, że: mieszkanie uzyskane w ramach zmiany spełnia**/**spełni kryterium braku barier architektonicznych, jest/będzie w lokalizacji umożliwiającej samodzielne opuszczenie budynku, aż do poziomu zero przed budynkiem. |
| 5 | Oświadczam, że: będąc opiekunem osoby, której dotyczy wniosek, wspólnie z nią zamieszkuję. |
| 6 | Oświadczam, że: wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych. |
| 7 | Oświadczam ,że: przyjmuję do wiadomości i stosowania, że Realizator programu ma prawo dokonać kontroli zgodności stanu faktycznego ze stanem deklarowanym w oświadczeniach, co oznacza także zgodę na przeprowadzenie kontroli w mieszkaniu, co do którego składane są oświadczenia. |

### LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

|  |
| --- |
| Lista |
|  |

### ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Plik |
|  |  |

### UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Plik |
|  |  |