**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 |
|  |  |