

Data wpływu:.....

Nr sprawy:.....

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych w związku z indywidualnymi potrzebami
osób niepełnosprawnych

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	☐ mężczyzna ☐ kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto ☐ wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES KORESPONDENCYJNY

- ☐ Taki sam jak adres zamieszkania
☐ korespondencję proszę wysyłać na inny adres niż miejsce zamieszkania

DANE PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	☐ mężczyzna ☐ kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Pocztą:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto ☐ wieś

STOPIEŃ I RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	☐ tak ☐ nie
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:	☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji ☐ Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny ☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy ☐ Osoby częściowo niezdolne do pracy ☐ Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym ☐ Nie dotyczy
Rodzaj niepełnosprawności:	☐ 01-U – upośledzenie umysłowe ☐ 02-P – choroby psychiczne ☐ 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu ☐ osoba głucha ☐ osoba głuchoniema ☐ 04-O – narząd wzroku ☐ osoba niewidoma ☐ osoba głuchoniewidoma ☐ 05-R – narząd ruchu ☐ wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego ☐ dysfunkcja obu kończyn górnych ☐ 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
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
Czy wspólnie z wnioskodawcą/ podopiecznym zamieszkują inne osoby niepełnosprawne	☐ tak, proszę podać ilość osób i stopień niepełnosprawności..... ☐ nie
Inna dysfunkcja narządu ruchu, wzroku, słuchu lub mowy utrudniająca poruszanie	
Zakres dysfunkcji narządu ruchu	☐ Osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim ☐ Osoba z dysfunkcją narządu ruchu w zakresie obu kończyn dolnych poruszająca się o dwóch kulach lub balkoniku ☐ Osoba z dysfunkcją obu kończyn dolnych utrudniającą poruszanie się ☐ Osoba niewidoma (znaczny stopień niepełnosprawności lub całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji)

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe: ☐ indywidualne ☐ wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:.....

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:.....

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

W ciągu ostatnich trzech lat licząc od dnia złożenia wniosku ☐ nie korzystałem ☐ korzystałem ze środków PFRON na:

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

Czy wnioskodawca otrzymał już w latach poprzednich dofinansowanie ze środków PFRON na likwidację barier architektonicznych objętych wnioskiem:

☐ tak

☐ nie

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

PRZEDMIOT WNIOSKU

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:	
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):	
Słownie:	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON: (nie więcej niż 95% kosztów zadania):	
Słownie:	
co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania	
Deklarowane środki własne:	
Inne źródła finansowania:	

Cel dofinansowania /uzasadnienie:

WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:	
Miejsce realizacji zadania: (adres użytkowania sprzętu):	
Termin rozpoczęcia:	-.....-..... Dzień – miesiąc - rok
Przewidywany czas realizacji:	

OPIS PONIESIONYCH DOTYCHCZASOWYCH NAKŁADÓW

Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania

.....

FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

☐ Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Właściciel konta	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

☐ Konto Wykonawcy podane na fakturze lub innym dowodzie zakupu usługi

Część C- Dane dodatkowe**SYTUACJA ZAWODOWA**

- ☐ Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
☐ Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
☐ Osoba zarejestrowana w PUP jako bezrobotna lub poszukująca pracy
☐ Rencista poszukujący pracy
☐ Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
☐ Dzieci i młodzież do lat 18
☐ Inne / jakie?.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

-w przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do pokrycia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł, a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania,
 -nie posiadam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
 -w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie,
 -przyjmuję do wiadomości, iż złożenie niniejszego wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania,
 -przyjmuję do wiadomości, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed dniem zawarcia umowy o dofinansowanie,
 -przyjmuję do wiadomości, że w przypadku znacznego niedoboru środków PFRON w stosunku do istniejących potrzeb procent dofinansowania określony jako maksymalny 95%, może zostać obniżony,
 -zapoznałam/em się z dołączonym do wniosku załącznikiem nr 1 do Zarządzenia nr 30/2025 z dnia 07.11.2025 roku Dyrektora PCPR w Żywcu, w sprawie ustalenia kryteriów wyboru wniosków i sposobu ich oceny, które będą stosowane przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Żywcu przy rozpatrywaniu wniosków o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się, technicznych finansowanych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w 2026 roku w Powiecie Żywieckim oraz możliwymi formami wsparcia.

Upředzonym/upředzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Przepisy wprowadzające Kodeks Karny - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU

1	Kserokopia ważnego orzeczenia (oryginał do wglądu)
2	Kserokopia aktu urodzenia dziecka (oryginał do wglądu)
3	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – dotyczy opiekunów prawnych lub pełnomocnictwo (oryginał do wglądu)
4	Klauzula informacyjna RODO
5	Inne, jakie?