

PCPR. 545. .2025

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
[likwidacji barier architektonicznych](#) w związku z indywidualnymi potrzebami osób
niepełnosprawnych

CZĘŚĆ A – DANE WNIOSKODAWCY

DANE WNIOSKODAWCY	
Imię i Nazwisko:	
PESEL:	
Miejscowość i kod pocztowy: ulica numer domu i lokalu	
Numer kontaktowy:	
☐ adres do korespondencji taki sam jak zamieszkania	
Miejscowość i kod pocztowy: ulica numer domu i lokalu	
DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY	
Imię i Nazwisko	
PESEL:	
Miejscowość i kod pocztowy: ulica numer domu i lokalu	
STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	
Znaczny - inwalidzi I grupy, osoby całkowicie niezdolne do pracy i samodzielnej egzystencji oraz osoby o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny na podstawie orzeczenia wydanego przed 1998 r.)	
Umiarkowany - inwalidzi II grupy oraz osoby całkowicie niezdolne do pracy)	
Lekki - pozostali inwalidzi III grupy, osoby częściowo niezdolne do pracy oraz osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym na podstawie orzeczenia wydanego przed 1998 r.)	
osoba w wieku do lat 16 z orzeczeniem o niepełnosprawności.	
ŚREDNI DOCHÓD	
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie wynosi:	
w tym liczba osób niepełnosprawnych:	
Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy: <i>(Miesięczny dochód w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych to dochód pomniejszony o obciążenia zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń społecznych oraz kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku).</i>	
KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON	
Na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/technicznych ze środków finansowych PFRON:	☐ nie korzystałem/am ☐ korzystałem/am

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON				
cel dofinansowania	numer umowy	data zawarcia umowy	kwota dofinansowania	stan rozliczenia

CZĘŚĆ B – PRZEDMIOT WNIOSKU

PRZEDMIOT WNIOSKU	
Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:	
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%)	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON	
Cel dofinansowania i uzasadnienie:	
Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:	
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;	
Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania:	
WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER	
Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:	
FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH	
☐ przelew na konto Wnioskodawcy/ osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę	
Właściciel konta (imię i nazwisko):	
Numer rachunku bankowego:	
☐ przelew na konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi	

OPIS BUDYNKU/MIESZKANIA	
Budynek:	☐ dom jednorodzinny ☐ wielorodzinny prywatny ☐ wielorodzinny komunalny ☐ wielorodzinny spółdzielczy
Ilość pięter:	☐ budynek parterowy ☐ budynek piętrowy ☐ mieszkanie na piętrze, którym?.....
Przybliżony wiek budynku lub rok budowy:	
Liczba pokoi:	 ☐ + kuchnia ☐ + łazienka ☐ +wc
Łazienka jest wyposażona w:	☐ wannę ☐ brodzik ☐ kabinę prysznicową ☐ umywalkę
W mieszkaniu jest:	☐ instalacja wody zimnej ☐ instalacja wody ciepłej ☐ kanalizacja ☐ centralne ogrzewanie ☐ prąd ☐ gaz
Inne informacje o warunkach mieszkaniowych:	
SYTUACJA ZAWODOWA	
☐ zatrudniony/a/ prowadzący/a działalność gospodarczą ☐ osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca ☐ bezrobotny/a poszukujący/a pracy ☐ rencista/tka poszukujący/a pracy ☐ rencista/tka/emeryt/ka nie zainteresowany/a podjęciem pracy ☐ dzieci i młodzież do lat 18 ☐ inne/ jakie?.....	
OŚWIADCZENIE	

1. W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia 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 PFRON kwotą dofinansowania.
2. Uprzedzony/a o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zwarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.
3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.
4. Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i nie byłem/em w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowania ze środków PFRON rozwiązywanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Trzciance, ul. Mickiewicza 50, 64-980 Trzcianka, na potrzeby związane z realizacją wniosku. Informacja o sposobie przetwarzania danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Trzciance dostępna jest na stronie internetowej pod adresem: <http://trzcianka.naszepcpr.pl/klauzula-informacyjna>.
6. **Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i uchwaleniu planu finansowego na rok 2025 przez Radę Powiatu Czarnkowsko-Trzcianieckiego.**
7. Równocześnie oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią procedury załączonej do wniosku.

.....
podpis wnioskodawcy /osoby uprawnionej

Załączniki do wniosku:

1. Kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/ o niepełnosprawności.
2. Kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności osób wspólnie zamieszkujących z wnioskodawcą, w przypadku takich osób.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza specjalistę, zawierające opis niepełnosprawności i szczegółową informację, jakie pacjent ma trudności w poruszaniu się. (ważne 3 miesiące)
4. Kserokopia dokumentu potwierdzającego prawo do zamieszkania w lokalu lub budynku, w którym ma nastąpić likwidacja barier (np. przydział mieszkania, numer księgi wieczystej, umowa najmu).
5. Zgoda właściciela lokalu lub budynku na wykonanie prac związanych z likwidacją barier (jeżeli Wnioskodawca nie jest właścicielem lokalu/budynku, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych).
6. Aktualne zaświadczenie o zameldowaniu na pobyt stały.
7. W przypadku gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego należy dołączyć kserokopię pełnomocnictwa lub postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego.
8.

Ogólne zasady dofinansowania:

1. Podstawę dofinansowania stanowi umowa między Starostą a Wnioskodawcą zawarta **przed** zakupem sprzętu lub/i wykonaniem prac.
2. Dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych przysługuje osobom, które mają trudności w poruszaniu się, jeżeli są właścicielami nieruchomości albo posiadają zgodę właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego, w którym stale zamieszkują.
3. Dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych nie przysługuje osobie niepełnosprawnej, która ma zaległości wobec PFRON lub była w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie tej osoby.
4. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów poniesionych przed przyznaniem dofinansowania.

PROCEDURY DOTYCZĄCE LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH

1. Wnioskodawca składa w siedzibie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Trzciance, ul. Mickiewicza 50, pokój nr 3, tel. 516 700 963 wniosek o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych dołączając:
 - kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności,
 - aktualne zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza specjalistę,
 - dokument potwierdzający prawo do zamieszkania w lokalu lub budynku, w którym ma nastąpić likwidacja barier,
 - zgodę właściciela lokalu lub budynku na wykonanie prac z zakresu likwidacji barier architektonicznych (jeśli Wnioskodawca nie jest właścicielem),
 - aktualne zaświadczenie o zameldowaniu na pobyt stały.
2. Wniosek niekompletny wymaga uzupełnienia w terminie 30 dni od dnia otrzymania informacji o ww. Nieusunięcie braków w wyznaczonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.
3. Co roku zostaje ustalony system punktowy wniosku, wnioski z największą liczbą zdobytych punktów przechodzą do kolejnego etapu.
4. Telefonicznie bądź listownie zostaje ustalony termin przeprowadzenia wizji lokalnej w miejscu zamieszkania Wnioskodawcy. Sporządza się protokół zawierający zakres prac, który może zostać dofinansowany ze środków PFRON.
5. PCPR informuje Wnioskodawcę o zakresie prac i zakupie materiałów i urządzeń, które mogą zostać dofinansowane ze środków PFRON oraz o wykazie dokumentów, które należy dostarczyć do PCPR (np. szkic stanu istniejącego, szkic proponowanego rozwiązania, wycena na poszczególne elementy prac).
6. Wysokość dofinansowania ustalana jest na podstawie wyceny przedstawionej przez Wnioskodawcę, która zostaje zweryfikowana przez PCPR.
7. Wnioskodawca zostaje poinformowany o zweryfikowaniu wyceny i w ciągu 14 dni deklaruje gotowość podpisania umowy wskazując (po wcześniejszym ustaleniu z wykonawcą prac) termin rozpoczęcia i zakończenia prac remontowych. Na podstawie tego dokumentu sporządzona zostaje umowa.
8. Wszelkie prace oraz zakup sprzętu, urządzeń i materiałów odbywają się w terminie wskazanym w umowie, nie później jednak niż do 31 października bieżącego roku.
9. W ciągu 14 dni od dnia podpisania umowy o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych Wnioskodawca jest obowiązany dostarczyć do PCPR umowę z Wykonawcą prac.
10. Wnioskodawca obowiązany jest do zgłoszenia PCPR robót ulegających zakryciu.
11. O zakończeniu prac (nie później niż w dniu wskazanym w umowie) Wnioskodawca informuje PCPR oraz uzgadnia z PCPR termin odbioru prac.
12. W dniu odbioru prac, w obecności wnioskodawcy, wykonawcy prac i pracowników PCPR, odbywa się odbiór wykonanych prac.
13. Po przedstawieniu dokumentów rozliczeniowych (m.in. oryginał faktury/rachunku) następuje przekazanie środków wykonawcy / sprzedawcy, w terminie wskazanym na fakturze lub rachunku. W przypadku opłacenia całości przez Wnioskodawcę, wysokość dofinansowania zostaje przekazana na konto Wnioskodawcy.
14. Po przekazaniu dofinansowania PCPR przesyła Wnioskodawcy pismo rozliczeniowe oraz oryginał faktur/ rachunków.

Wypełnia PCPR

☐ wniosek kompletny

☐ wniosek niekompletny

I ETAP

Załączniki	tak	nie	dostarczyć do dnia	dostarczono dnia
orzeczenie				
zaświadczenie lekarskie				
podstawa prawna do zamieszkania				
zaświadczenie o zameldowaniu				

.....
pieczętka i podpis pracownika PCPR

II ETAP

Załączniki	tak	nie	dostarczyć do dnia	dostarczono dnia
zgoda właściciela nieruchomości (jeśli jest wymagane)	nie wymagane ☐			
	wymagane ☐			
szkic stanu istniejącego				
szkic proponowanego rozwiązania				
wycena				

Załączniki	Data
umowa	
zgłoszenie zakończenia prac	
protokół odbioru	
przekazanie środków	

.....
pieczętka i podpis pracownika PCPR

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o dofinansowanie ze środków PFRON
likwidacji barier architektonicznych

IMIĘ I NAZWISKO.....

PESEL

ADRES ZAMIESZKANIA.....

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność
Pacjenta dotyczy **dysfunkcji narządu ruchu** (zakreślić właściwe):

☐	osoba leżąca	pieczętka i podpis lekarza specjalisty
☐	osoba poruszająca się wyłącznie na wózku inwalidzkim (samodzielnie lub z pomocą)	pieczętka i podpis lekarza specjalisty
☐	osoba z wrodzonym brakiem bądź amputacją kończyn: ☐ jednej kończyny górnej ☐ jednej kończyny dolnej ☐ obu kończyn górnych ☐ obu kończyn dolnych	pieczętka i podpis lekarza specjalisty
☐	osoba poruszająca się przy użyciu balkonika, trójnogu, kul, laski i innych podpórek ułatwiających poruszanie się	pieczętka i podpis lekarza specjalisty
☐	inne dysfunkcje powodujące trudności w poruszaniu się :	pieczętka i podpis lekarza specjalisty
☐	osoba poruszająca się samodzielnie	pieczętka i podpis lekarza specjalisty

.....
data

.....
pieczęć i podpis lekarza specjalisty
wystawiającego zaświadczenie

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

*o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o dofinansowanie ze środków PFRON
likwidacji barier architektonicznych*

Imię i nazwisko Pacjenta.....

PESEL

adres zamieszkania

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że
dysfunkcja narządu wzroku dotyczy (zakreślić właściwe):

a) ☐ Pacjent całkowicie utracił wzrok ☐ nie dotyczy

b) Pacjent ma zwężone pole widzenia: ☐ nie dotyczy

☐ w oku lewym do: stopni

☐ w oku prawym do: stopni

c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji):

☐ nie dotyczy

☐ w oku lewym do:

☐ w oku prawym do:

Zaświadczenie wydaje się w celu złożenia w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie
w Trzciance w związku z ubieganiem się o dofinansowanie likwidacji barier
architektonicznych.

.....
data

.....
pieczęć i podpis lekarza
okulisty wystawiającego zaświadczenie