



**I. Stopień niepełnosprawności <sup>(1)</sup>**

1. znaczny,	
• inwalidzi I grupy	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolnej do samodzielnej egzystencji	
• osoby o stałe albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
• osoby w wieku do lat 16 (w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat), którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
2. umiarkowany,	
• inwalidzi II grupy	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy	
• inwalidzi III grupy ze względu na głuchotę lub głuchoniemotę	
3. lekki,	
• pozostali inwalidzi III grupy	
• osoby częściowo niezdolne do pracy	
• osoby stałe albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

**II. Rodzaj niepełnosprawności <sup>(1)</sup>**

1. dysfunkcja narządów ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	
2. inna dysfunkcja narządów ruchu	
3. dysfunkcja narządów wzroku	
4. dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

**III. Sytuacja zawodowa<sup>(1)</sup>**

1. zatrudniony*/prowadzący działalność gospodarczą*	
2. młodzież od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca*	
3. bezrobotny poszukujący pracy*/rencista poszukujący pracy*	
4. rencista*/emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy	
5. dzieci i młodzież do lat 18	

**IV. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i mieszkania**

- dom jednorodzinny\* ,wielorodzinny prywatny\* , wielorodzinny komunalny\*, wielorodzinny spółdzielczy\* inne\* .....
- budynek parterowy\*, piętrowy\*, mieszkanie na.....(podać kondygnację)
- przybliżony wiek budynku lub rok budowy.....
- opis mieszkania: pokoje.....( liczba), z kuchnią\*, bez kuchni\*, z łazienką\*, bez łazienki\*, z WC\*, bez WC\*
- łazienka jest wyposażona w: wannę\*, brodzik\*, kabinę prysznicową\*, umywalkę\*
- w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej\*, ciepłej\*, kanalizacja\*, centralne ogrzewanie\*, prąd\*, gaz\*
- inne informacje o warunkach mieszkaniowych:  
.....  
.....

**V. Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje: <sup>(1)</sup>**

1. samotnie	
2. z rodziną	
3. z osobami nie spokrewnionymi	

**VI. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą  
(w tym osoby niepełnosprawne)**

Imię i nazwisko	pokrewieństwo	niepełnosprawność	
		rodzaj <sup>(2)</sup>	rodzaj <sup>(3)</sup>
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

**VII. Średni miesięczny dochód na osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy <sup>(1)</sup>**

1.	poniżej 100,00 zł	
2.	101,00 – 200,00 zł	
3.	201,00 – 300,00 zł	
4.	301,00 – 400,00 zł	
5.	401,00 – 500,00 zł	
6.	501,00 – 600,00 zł	
7.	601,00 – 700,00 zł	
8.	701,00 – 800,00 zł	
9.	powyżej 800,00 zł	

**VIII. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych<sup>(1)</sup>:**

Tak  Nie  Jeśli tak, podać na jaki cel:

Cel (nazwa programu i /lub zadania ustawowego, w ramach którego przyznana została pomoc	Nr i data zawarcia umowy	Kwota wykorzystana	Kwota rozliczona

(1) proszę wstawić znak X we właściwej rubryce

(2) proszę wstawić właściwe oznaczenie cyfrowe z tablicy I

(3) proszę wstawić właściwe oznaczenie cyfrowe z tablicy II

**IX. Posiadam uprawnienia kombatanckie\***

Tak  Nie

**Oświadczam, że :**

Nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz nie byłem/am w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych [Dz. U. z 2002r.. Nr 101, poz. 926 z późn,zm].

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

.....  
(podpis Wnioskodawcy\*, przedstawiciela ustawowego\*  
opiekuna prawnego\* pełnomocnika\*)

\* właściwe zaznaczyć

**Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik**

.....syn/córka.....  
*imię (imiona) i nazwisko* *imię ojca*

seria.....nr.....wydany w dniu.....przez.....  
*dowód osobisty*

nr PESEL | | | | | | | | | | | | | | nr NIP | | | | | | | | | | | | | | (w przypadku nadania)

miejsowość.....ulica.....nr domu.....nr lokalu.....  
*dokładny adres*

nr kodu.....-.....poczta.....powiat.....

województwo ..... nr tal./faxu (z nr kier.) .....

ustanowiony opiekunem\*/ pełnomocnikiem\*.....

(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. .... sygn. akt\*/ na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez  
Notariusza ..... z dn. .... repert. nr.....)

**Załączniki do wniosku:**

1. kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub art. 62 ustawy\*\*, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopia orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydane przed dniem 1 stycznia 1998r. (oryginał do wglądu),
2. kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób (oryginał do wglądu),
3. aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności oraz wynikających z niej dysfunkcji utrudniających samodzielne funkcjonowanie,
4. poświadczenie zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych, wydane przez właściwy urząd,
5. kopia aktu własności lokalu, umowy najmu (oryginał do wglądu), jeżeli Wnioskodawca nie jest właścicielem lokalu,
6. zgoda właściciela na przeprowadzenie likwidacji barier architektonicznych (w koniecznych przypadkach),
7. oświadczenie o dochodach wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z wnioskodawcą,
8. zaświadczenie o zatrudnieniu – dotyczy osób pracujących,
9. zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.

\*\* ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych [Dz. U z 1997r Nr 123 poz. 776 z późn. zm.]

## O Ś W I A D C Z E N I E

### o wysokości dochodów i liczbie członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

Nazwisko i imię wnioskodawcy: .....

Adres zamieszkania.....  
(miejscowość, ulica, nr domu)

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą	Średni miesięczny dochód*
<b>Dane dotyczące Wnioskodawcy:</b>			
1.			
<b>Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego:</b>			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
<b>RAZEM</b>			

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił

..... zł ..... gr.

Powyższy dochód nie jest obciążony z tytułu wyroków sądowych lub innych tytułów.

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych [Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.].

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis Wnioskodawcy\*\*, przedstawiciela ustawowego\*\*  
opiekuna prawnego\*\* pełnomocnika\*\*)

**\* Określony w oświadczeniu dochód - oznacza to po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób:**

1. przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach ogólnych na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych, pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne,
2. deklarowany w oświadczeniu dochód z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o ryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, pomniejszony o należny zryczałtowany podatek dochodowy i składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne,
3. inne dochody niepodlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych:
  - renty określone w przepisach o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin,
  - renty wypłacone osobom represjonowanym i członkom ich rodzin, przyznane na zasadach określonych w przepisach o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin,
  - świadczenia pieniężne oraz ryczałt energetyczny określone w przepisach o świadczeniu pieniężnym i uprawnieniach przysługujących żołnierzom zastępczej służby wojskowej przymusowo zatrudnianym w kopalniach węgla, kamieniołomach, zakładach rud uranu i batalionach budowlanych,
  - dodatek kombatancki, ryczałt energetyczny i dodatek kompensacyjny określone w przepisach o kombatanach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego,
  - świadczenie pieniężne określone w przepisach o świadczeniu pieniężnym przysługującym osobom deportowanym do pracy przymusowej oraz osadzonym w obozach pracy przez III Rzeszę Niemiecką lub Związek Socjalistycznych Republik Radzieckich,
  - emerytury i renty otrzymywane przez osoby, które utraciły wzrok w wyniku działań wojennych w latach 1939-1945 lub eksplozji pozostałych po tej wojnie niewypałów i niewybuchów,
  - renty inwalidzkie z tytułu inwalidztwa wojennego, kwoty zaopatrzenia otrzymywane przez ofiary wojny oraz członków ich rodzin, renty wypadkowe osób, których inwalidztwo powstało w związku z przymusowym pobytem na robotach w III Rzeszy Niemieckiej w latach 1939-1945, otrzymywane z zagranicy,
  - zasiłki chorobowe określone w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników oraz w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych,
  - środki bezzwrotnej pomocy zagranicznej otrzymywane od rządów państw obcych, organizacji międzynarodowych lub międzynarodowych instytucji finansowych, pochodzące ze środków bezzwrotnej pomocy przyznanych na podstawie jednostronnej deklaracji lub umów zawartych z tymi państwami, organizacjami lub instytucjami przez Radę Ministrów, właściwego ministra lub agencje rządowe, w tym również w przypadkach, gdy przekazanie tych środków jest dokonywane za pośrednictwem podmiotu upoważnionego do rozdzielania środków bezzwrotnej pomocy zagranicznej na rzecz podmiotów, którym służyć ma ta pomoc,
  - należności ze stosunku pracy lub z tytułu stypendium osób fizycznych mających miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, przebywających czasowo za granicą - w wysokości odpowiadającej równowartości diet z tytułu podróży służbowej poza granicami kraju ustalonych dla pracowników zatrudnionych w państwowych lub samorządowych jednostkach sfery budżetowej na podstawie ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94, z późn. zm.<sup>2)</sup>),
  - należności pieniężne wypłacone policjantom, żołnierzom, celnikom i pracownikom jednostek wojskowych i jednostek policyjnych użytych poza granicami państwa w celu udziału w konflikcie zbrojnym lub wzmocnienia sił państwa albo państw sojusznicznych, misji pokojowej, akcji zapobieżenia aktom terroryzmu lub ich skutkom, a także należności pieniężne wypłacone żołnierzom, policjantom, celnikom i pracownikom pełniącym funkcje obserwatorów w misjach pokojowych organizacji międzynarodowych i sił wielonarodowych,
  - należności pieniężne ze stosunku służbowego otrzymywane w czasie służby kandydackiej przez funkcjonariuszy Policji, Państwowej Straży Pożarnej, Straży Granicznej i Biura Ochrony Rządu, obliczone za okres, w którym osoby te uzyskały dochód,
  - dochody członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych z tytułu członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej, pomniejszone o składki na ubezpieczenia społeczne,
  - alimenty na rzecz dzieci,
  - stypendia określone w przepisach o systemie oświaty, przepisach Prawo o szkolnictwie wyższym oraz w przepisach o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki, a także inne stypendia przyznawane uczniom lub studentom,
  - kwoty diet nieopodatkowane podatkiem dochodowym od osób fizycznych, otrzymywane przez osoby wykonujące czynności związane z pełnieniem obowiązków społecznych i obywatelskich,
  - należności pieniężne otrzymywane z tytułu wynajmu pokoi gościnnych w budynkach mieszkalnych położonych na terenach wiejskich w gospodarstwie rolnym osobom przebywającym na wypoczynku oraz uzyskane z tytułu wyżywienia tych osób,
  - dodatki za tajne nauczanie określone w ustawie z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2006r. Nr 97, poz. 674),
  - dochody uzyskane z działalności gospodarczej prowadzonej na podstawie zezwolenia na terenie specjalnej strefy ekonomicznej określonej w przepisach o specjalnych strefach ekonomicznych,
  - ekwiwalenty pieniężne za deputaty węglowe określone w przepisach o komercjalizacji, restrukturyzacji i prywatyzacji przedsiębiorstwa państwowego "Polskie Koleje Państwowe",
  - ekwiwalenty z tytułu prawa do bezpłatnego węgla określone w przepisach o restrukturyzacji górnictwa węgla kamiennego w latach 2003-2006,
  - świadczenia określone w przepisach o wykonywaniu mandatu posła i senatora,
  - dochody uzyskane z gospodarstwa rolnego,
  - dochody uzyskiwane za granicą Rzeczypospolitej Polskiej, pomniejszone odpowiednio o zapłacone za granicą Rzeczypospolitej Polskiej: podatek dochodowy oraz składki na obowiązkowe ubezpieczenie społeczne i obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne,
  - renty określone w przepisach o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich ze środków pochodzących z Sekcji Gwarancji Europejskiego Funduszu Orientacji i Gwarancji Rolnej oraz w przepisach o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich z udziałem środków Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich,
  - zaliczkę alimentacyjną określoną w przepisach o postępowaniu wobec dłużników alimentacyjnych oraz zaliczce alimentacyjnej;

.....  
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

**Wypełnia lekarz specjalista**

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

do potrzeb ubiegania się przez osobę niepełnosprawną o dofinansowanie ze środków  
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
**do likwidacji barier architektonicznych**

*(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)*

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Nr PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:  
.....  
.....

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności:  
.....  
.....  
.....

3. Uzasadnienie celowości likwidacji barier architektonicznych w aspekcie indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej:  
.....  
.....  
.....

.....  
miejsowość i data

.....  
pieczętka i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie