

Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

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 PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES KORESPONDENCYJNY

Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Numer orzeczenia:	
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność:	<input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Rodzaj niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne <input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

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

Na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych ze środków finansowych PFRON:

nie korzystałem
 korzystałem

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANÝCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

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:	
Słownie:	
co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:	
Deklarowane środki własne:	
Inne źródła finansowania:	

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:	
Termin rozpoczęcia:	
Przewidywany czas realizacji:	

OPIS PONIESIONYCH 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 (imię i nazwisko):	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

- W kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)
- Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

OPIS BUDYNKU I MIESZKANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Budynek:	<input type="checkbox"/> dom jednorodzinny, <input type="checkbox"/> wielorodzinny prywatny, <input type="checkbox"/> wielorodzinny komunalny, <input type="checkbox"/> wielorodzinny spółdzielczy
Ilość pięter:	<input type="checkbox"/> budynek parterowy, <input type="checkbox"/> piętrowy, <input type="checkbox"/> mieszkanie na piętrze (którym?):
Przybliżony wiek budynku lub rok budowy:	
Liczba pokoi:	<input type="checkbox"/> kuchnia, <input type="checkbox"/> łazienka, <input type="checkbox"/> wc
Łazienka jest wyposażona w:	<input type="checkbox"/> wannę, <input type="checkbox"/> brodzik, <input type="checkbox"/> kabinę prysznicową, <input type="checkbox"/> umywalkę
W mieszkaniu jest:	<input type="checkbox"/> instalacja wody zimnej, <input type="checkbox"/> ciepłej, <input type="checkbox"/> kanalizacja, <input type="checkbox"/> centralne ogrzewanie, <input type="checkbox"/> prąd, <input type="checkbox"/> gaz
Inne informacje o warunkach mieszkaniowych:	

SYTUACJA ZAWODOWA

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

OŚWIADCZENIE

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

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

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 Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

Na podstawie Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Chojnicach informuje, że:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Chojnicach przy ul. Piłsudskiego 30, zwany dalej Administratorem.

Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym może się Pani/Pan skontaktować telefonicznie – tel.604-080-935 lub poprzez e-mail:inspektor25052018@gmail.com we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu wykonywania zadań Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Chojnicach, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Przetwarzanie Pani/Pana danych jest niezbędne do wypełniania obowiązku prawnego, wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą przed zawarciem umowy, jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi. Podstawą przetwarzania danych osobowych może być również zgoda.

Podanie danych jest wymogiem ustawowym, nie podanie danych skutkuje pozostawieniem sprawy bez rozpatrzenia i jest niezbędne do zawarcia umowy, w przypadku niepodania danych niemożliwe jej zawarcie.

Posiada Pani/Pan prawo do:

- żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
- wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania,
- przenoszenia danych,
- wniesienia skargi do organu nadzorczego,
- cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych.

Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z jednolitym rzeczowym wykazem akt.

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych zgodnej z RODO

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy z siedzibą w Chojnicach ul. Piłsudskiego 30 w celu uzyskania dofinansowania ze środków PFRON .
2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
3. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) - 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.

<i>Miejscowość</i>	<i>Data</i>	<i>Podpis Wnioskodawcy</i>

Lista załączników do wniosku:

1. Kopia orzeczenie o stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie o niezdolności do pracy, w przypadku dzieci do 16 roku życia kopia orzeczenia o niepełnosprawności
2. Kopia orzeczenie o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z Wnioskodawcą (jeżeli osoby takie orzeczenia posiadają).
3. W przypadku składanego wniosku na niepełnosprawne dziecko- kopia aktu urodzenia.
4. Zaświadczenie lekarskie wystawione w ciągu 3 miesięcy przed dniem złożenia wniosku potwierdzające rodzaj niepełnosprawności, aktualny stan zdrowia oraz zasadność wnioskowanego przedsięwzięcia (załącznik Nr 1),
5. Kopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – dotyczy opiekuna prawnego.
6. Kopia dokumentów potwierdzających tytuł prawny do lokalu (aktu notarialnego lub umowy najmu).
7. Pisemna zgoda właściciela budynku lub lokalu mieszkalnego, jeżeli osoba niepełnosprawna nie jest właścicielem lokalu lub budynku, a w którym stale zamieszkuje.
8. Dokumentację techniczną:
 - zdjęcie pomieszczenia, w którym ma zostać zlikwidowana bariera architektoniczna lub projekt techniczny (w koniecznych przypadkach);

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiego)

.....
(Miejscowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(załącznik do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON do likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej)

Imię i nazwisko

Data urodzenia..... PESEL

Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (w języku polskim) :

.....
.....

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną niepełnosprawności:

.....
.....

3. Uszkodzenia innych narządów oraz choroby współistniejące:

.....
.....

4. Niepełnosprawność dotyczy (zakreślić właściwe):

- brak lub niedowład kończyn/y górnych/ej
- brak lub niedowład kończyn/y dolnych/ej
- jednoczesna dysfunkcja kończyn/y górnej i dolnej
- dysfunkcja narządu wzroku, w zakresie

.....
.....

inne:

.....

5. Zdolność poruszania się (zaznaczyć właściwe):

samodzielnie za pomocą kuli/kul za pomocą balkoniku na wózku inwalidzkim

osoba całkowicie leżąca za pomocą białej laski z pomocą opiekuna

6. Czy i w jakim zakresie, w związku z istniejącą niepełnosprawnością osoba wymaga likwidacji barier architektonicznych*

TAK

Szczegółowe uzasadnienie

.....

.....

.....

NIE

.....
Pieczęć i podpis lekarza

**Zasady udzielania osobie niepełnosprawnej dofinansowania ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych na likwidację
barier architektonicznych**

Wnioski przyjmowane są od 15.01.2024 r. w siedzibie PCPR Chojnice ul. Piłsudskiego 30

I piętro pokój 120

Druki wniosków dostępne również na stronie www.pcpr.infochojnice.pl (zakładka pobierz: wnioski – rehabilitacja społeczna)

Ze środków PFRON mogą być dofinansowane zadania mające na celu likwidację barier architektonicznych. Przez bariery architektoniczne należy rozumieć wszelkie utrudnienia występujące w budynku mieszkalnym osoby niepełnosprawnej oraz w jego najbliższym otoczeniu, które ze względu na rozwiązania techniczne, konstrukcyjne lub warunki użytkowania uniemożliwiają lub utrudniają swobodę ruchu osobom niepełnosprawnym.

O dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych mogą ubiegać się osoby fizyczne (w tym małoletnie), które spełniają następujące warunki:

- a) posiadają orzeczenie o **znacznym lub umiarkowanym** stopniu niepełnosprawności (bądź też równoważne z nimi), lub w przypadku dzieci i młodzieży w wieku do lat 16 – orzeczenie o niepełnosprawności;
- b) rodzaj ich niepełnosprawności wskazuje na dysfunkcje narządu ruchu, bądź schorzenie o innej etiologii, powodujące znaczne problemy w poruszaniu się potwierdzone aktualnym, ważnym 3 miesiące od daty wystawienia zaświadczeniem lekarskim;
- c) są właścicielami nieruchomości lub użytkownikami wieczystymi albo posiadają pisemną zgodę właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego, w którym stale zamieszkują;
- d) posiadają stałe miejsce zamieszkania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych;
- e) posiadają środki finansowe niezbędne na pokrycie wkładu własnego do realizacji wnioskowanego zadania.

Katalog urządzeń, materiałów budowlanych, robót lub innych czynności z zakresu likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej, jakie mogą być objęte dofinansowaniem.

Dla osób niepełnosprawnych, które mają trudności w poruszaniu się:

1. Budowa pochylni/podjazdu – w budownictwie wielorodzinnym od strony balkonu, okien, wraz z wymianą stolarki okiennej, jeśli zajdzie taka konieczność. Ponadto w budownictwie jednorodzinym utwardzenie dojścia do budynku mieszkalnego (od bramy/furtki do drzwi wejściowych) zapewniającego osobom niepełnosprawnym samodzielny dostęp do lokalu – maksymalne dofinansowanie do 15.000 zł
2. Zakup i montaż:
 - platformy schodowej/ krzeselka schodowego;
 - windy zewnętrznej/ windy wewnętrznej.W przypadku platformy przychodowej, wind przyściennych i innych urządzeń do transportu, sprzęt musi bezpośrednio wychodzić z miejsca zamieszkania Wnioskodawcy – maksymalne dofinansowanie do 25.000 zł
3. Zakup i montaż poręczy lub podchwytów w pomieszczeniach i ciągach komunikacyjnych lokalu mieszkalnego lub w domu jednorodzinym.
4. Likwidacja zróżnicowania poziomu podłogi, likwidacja progów oraz wymiana podłogi w pomieszczeniu zajmowanym przez osobę niepełnosprawną, kuchni, łazienki, wc i przedpokoju, jeżeli stwarza trudności w poruszaniu się – maksymalne dofinansowanie do 3.500 zł
5. Przystosowanie drzwi:
 - zakup i montaż drzwi wejściowych, o szerokości w świetle ościeżnicy co najmniej 90 cm. , pozostałych co najmniej 80 cm wraz z poszerzeniem otworu drzwiowego;
 - zakup i montaż drzwi przesuwnych;
 - zakup i montaż systemu otwierania drzwi, w tym balkonowych, przyciskiem – wyłącznie dla osób o niesprawnych rękach;
 - zakup i montaż zabezpieczenia drzwi do wysokości 40 cm od podłogi przed uszkodzeniami mechanicznymi zainstalowanie ościeżnicy stalowej – wyłącznie dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich.
6. Przystosowanie łazienki do indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej – maksymalne dofinansowanie do 6.000 zł:
 - przystosowanie instalacji wodno- kanalizacyjnej;
 - demontaż urządzeń sanitarnych;
 - wymiana posadzki na podłogę antypoślizgową;
 - ułożenie płytek ceramicznych ściennych w obrębie prysznicza;
 - zakup i montaż uchwytów ułatwiających korzystanie z urządzeń higieniczno- sanitarnych;
 - zakup i montaż siedziska przystosowanego dla osoby niepełnosprawnej;
 - wymiana wanny lub wysokiego brodzika na odpływ liniowy, brodzik płytki lub niskopodłogowy wraz z montażem kabiny, parawanu;
 - zakup i montaż wanny z otwieranymi drzwiami przystosowanej dla osoby niepełnosprawnej;
 - wymiana / montaż jednej umywalki przystosowanej dla osoby niepełnosprawnej;
 - wymiana/ montaż baterii umywalkowej przystosowanej dla osoby niepełnosprawnej;
 - wymiana/montaż baterii natryskowej z natryskiem przesuwym przystosowanej dla osoby niepełnosprawnej;
 - wymiana/ montaż miski ustępowej kompletnej przystosowanej dla osoby niepełnosprawnej;
 - zakup i montaż drzwi łazienkowych o szerokości w świetle ościeżnicy co najmniej 80 cm, wraz z poszerzeniem otworu drzwiowego.

Dofinansowanie ze środków PFRON w ramach likwidacji bariery architektonicznej, nie obejmuje:

- a) budowy łazienki;
- b) adaptacji pomieszczeń z przeznaczeniem na łazienkę lub pokoju dla osoby niepełnosprawnej;
- c) prace wykończeniowe w budynku mieszkalnym, który został wybudowany, kiedy osoba wnioskująca posiadała orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności i miała znaczne problemy w poruszaniu się;
- d) budowa schowka z przeznaczeniem na garaż dla wózka inwalidzkiego;
- e) robót o charakterze remontowo - wykończeniowym, takich, które nie wpływają na poprawę funkcjonowania osoby niepełnosprawnej lecz stanowią o podniesieniu estetyki pomieszczenia.
- e) Nie udziela się dofinansowania osobom niepełnosprawnym, całkowicie leżącym, nie poruszającym się w jakikolwiek sposób

Wysokość dofinansowania

1. Wysokość dofinansowania wynosi do 95 % wartości realizowanego zadania. **Wnioskodawca zobowiązany jest do zadeklarowania udziału środków własnych w wysokości stanowiącej minimum 5% wartości realizowanego zadania.**
2. Dofinansowanie na likwidację barier w lokalu mieszkalnym wnioskodawcy może być udzielone **raz na trzy lata kalendarzowe**.
3. Wnioskodawca, który otrzymał dofinansowanie na likwidację barier może wystąpić ponownie o udzielenie dofinansowania, ale wniosek nie może dotyczyć urządzeń, robót i czynności, których zakup, montaż lub wykonanie były poprzednio objęte dofinansowaniem.

Od odmowy o przyznaniu dofinansowania Wnioskodawcy nie przysługuje odwołanie w rozumieniu przepisów kpa.

Procedury dotyczące przyznawania dofinansowania likwidacji barier architektonicznych

1. Dofinansowanie może zostać udzielone, jeżeli koszt realizacji zadania wynika z wymogów określonych w przepisach techniczno – budowlanych oraz zasad wiedzy technicznej dla danego rodzaju i zakresu zadania.
2. Realizacja zadania następuje w okresie roku kalendarzowego, w którym został złożony wniosek. Wnioski niezrealizowane nie przechodzą do realizacji na rok następny.
3. Wnioskodawca ponosi pełną odpowiedzialność za realizację zadania.
4. Podstawę dofinansowania stanowi umowa zawarta przed zakupem sprzętów lub wykonaniem prac, pomiędzy PCPR a Wnioskodawcą
5. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie
6. W przypadku likwidacji bariery architektonicznej istnieje konieczność przeprowadzenia wizji lokalnej w miejscu likwidacji bariery (dotyczy to wniosków, które zostały zaopiniowane pozytywnie). PCPR telefonicznie lub listownie informuje Wnioskodawcę o terminie jej przeprowadzenia.
7. W wyznaczonym terminie Wnioskodawca zobowiązany jest stawić się z dowodem osobistym do siedziby PCPR w celu podpisania umowy. Wnioskodawca podpisuje umowę osobiście.
8. W celu końcowego rozliczenia umowy Wnioskodawca zobowiązany jest dostarczyć do PCPR oryginały faktur za zakupiony sprzęt i wykonane prace.
9. Po udokumentowaniu wydatkowania środków własnych Wnioskodawcy, środki finansowe zostaną przekazane na wskazane przez Wnioskodawcę konto osobiste lub konto wykonawcy.
10. Procedurę kończy odbiór wykonanego zadania w miejscu zamieszkania Wnioskodawcy i porównania z deklarowanym zakresem robót.
11. **W przypadku śmierci Wnioskodawcy wniosek: nie podlega dalszemu rozpatrywaniu; zawarta umowa wygasa**

Przyjmuję do wiadomości powyższe zasady i procedury oraz informację, że niniejszy wniosek złożony w dniu.....zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i uchwaleniu planu finansowego na 2024 rok przez Radę Powiatu Chojnickiego.

.....
Podpis Wnioskodawcy