|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| W:\MONIA\logo_pcpr.jpg |  | *Załącznik nr 1 do Zasad dofinansowania* | |
|  | **PCPR.DORS.4813. .** | |
|  | *NUMER SPRAWY* | |
|  | *Data wpływu wniosku* | *Podpis pracownika* |
|  | *Data uzupełnienia wniosku* | *Podpis pracownika* |

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON   
LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH W ZWIĄZKU Z INDYWIDUALNYMI POTRZEBAMI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

**UWAGA!**

W celu właściwego wypełnienia wniosku prosimy o staranne jego przeczytanie. Wniosek należy wypełnić czytelnie i drukowanymi literami. Przed złożeniem wniosku proszę zapoznać się z „Zasadami dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych z terenu Powiatu Cieszyńskiego” – dostępnymi w PCPR w Cieszynie oraz na stronie internetowej PCPR.

**Sam fakt złożenia wniosku nie gwarantuje otrzymania dofinansowania. Od negatywnego rozpatrzenia wniosku nie przysługuje odwołanie. Rozpatrywanie wniosku stanowi czynność materialno – techniczną.**

***Wniosek zwolniony z opłaty skarbowej na podstawie art. 2 ust. 1 pkt 1 lit. b ustawy z dnia 16.11.2006r. o opłacie skarbowej (tekst jednolity Dz. U. z 2018r. poz.1044 z późn. zm.)***

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Dane dotyczące Wnioskodawcy:**  *(osoby niepełnosprawnej, w funkcjonowaniu której bariera architektoniczna ma zostać usunięta)* | |
| Imię i nazwisko: | |
| Adres zamieszkania: | |
| Numer telefonu:  *(dobrowolne)* | Adres e-mail:  *(dobrowolne)* |
| PESEL: | |
| Adres do korespondencji: | |

\* Podanie numeru telefonu jest dobrowolne, jednakże w celu lepszej komunikacji zalecane jest jego podanie. Jednocześnie informuję, iż termin ewentualnej wizji lokalnej zostaje wcześniej ustalony telefonicznie. W przypadku, gdy Wnioskodawca nie poda nr telefonu, PCPR nie będzie miał możliwości dostosowania terminu wizji lokalnej do Wnioskodawcy i wyznaczy termin bez możliwości jego zmiany.

|  |
| --- |
| **2. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik:**  *(proszę wstawić X w odpowiednim miejscu)* |

[ ] Znaczny stopień niepełnosprawności (pierwsza grupa)

[ ] Umiarkowany stopień niepełnosprawności (druga grupa)

[ ] Lekki stopień niepełnosprawności (trzecia grupa)

[ ] Dziecko do 16 lat z orzeczoną niepełnosprawnością

|  |
| --- |
| **3. Główna dysfunkcja najbardziej utrudniająca funkcjonowanie**:  *(proszę wstawić X w odpowiednim miejscu)* |

[ ] Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim

[ ] Inna dysfunkcja narządu ruchu Dysfunkcja narządu wzroku

[ ] Dysfunkcja narządu słuchu i/lub mowy

[ ] Upośledzenie umysłowe

[ ] Całościowe zaburzenie rozwoju (w tym autyzm, zespół Aspergera itd.)

[ ] Epilepsja

[ ] Inne, jakie: ……………………………………………………………………………………………………………………………..

|  |
| --- |
| **4. Sytuacja na rynku pracy:**  *(proszę wstawić X w odpowiednim miejscu)* |

[ ] Uczę się/ studiuję

[ ] Pracuję

[ ] Pracuję i studiuję/uczę się

[ ] Jestem bezrobotny/a zarejestrowany/a w urzędzie pracy

[ ] Jestem poszukujący/-ąca pracy zarejestrowany/a w urzędzie pracy

[ ] Jestem nieaktywny/a zawodowo/nie poszukuję pracy

|  |
| --- |
| **5. Dochody i liczba członków gospodarstwa domowego:** |

Oświadczam, że (zaznaczyć właściwe):

[ ] prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe

[ ] razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostaje następująca liczba osób ……….

|  |  |
| --- | --- |
| Razem dochód miesięczny netto w gospodarstwie domowym obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku | …………………………………………. zł |
| Średni miesięczny dochód netto na osobę (kwotę powyżej podzielić przez liczbę osób w gospodarstwie domowym) | …….………………………………….. zł |

|  |  |
| --- | --- |
| **6. Sytuacja mieszkaniowa:** (proszę wstawić X w odpowiednim miejscu) | |
| **Rodzaj budynku** | |
| [ ] jednorodzinny [ ] wielorodzinny prywatny  [ ] wielorodzinny komunalny [ ] wielorodzinny spółdzielczy | |
| **Liczba kondygnacji** | |
| [ ] budynek parterowy [ ] budynek piętrowy | |
| Wnioskodawca zamieszkuje [ ] na parterze [ ] na piętrze [ ] cały budynek | |
| Wnioskodawca zamieszkuje [ ] samotnie [ ] z rodziną [ ] z osobami niespokrewnionymi | |
| Wnioskodawca zamieszkuje z innymi osobami niepełnosprawnymi [ ] TAK [ ] NIE | |
| Wiek budynku/Rok budowy | …………………….. |

\* Informuję, iż dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych jest możliwe wyłącznie w budynkach już istniejących (bariery muszą zaistnieć, aby mogły być zlikwidowane). Dofinansowaniem ze środków Funduszu nie może być objęte dostosowanie do potrzeb osób niepełnosprawnych budynku nowo wybudowanego lub będącego w trakcie prac wykończeniowych. Za budynek nowo wybudowany uważa się budynek do 5 lat od daty odbioru budynku, czyli akceptacji przez właściwy urząd zawiadomienia o zakończeniu budowy i przystąpieniu do użytkowania obiektu budowlanego. Jeżeli niepełnosprawność powstała po odbiorze budynku i nie można było jej przewidzieć, to stanowi to wyjątek od ww. zasady.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **7. Dotychczasowe korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (ostatnie 3 lata przed datą złożenia wniosku):** | | | |
| Korzystałam /em: [ ] TAK [ ] NIE | | | |
| Numer i data zawartej umowy | Cel | Kwota | Stan rozliczenia |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **8. Informacja o numerze rachunku bankowego wnioskodawcy lub jego przedstawiciela prawnego:** |

Numer rachunku bankowego (jeśli wnioskodawca nie posiada rachunku, proszę wpisać NIE DOTYCZY):

.......................................................................................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| **9. Dane przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika:**  *(jeżeli dotyczy)* | |
| Imię i nazwisko: | |
| Adres zamieszkania: | |
| Numer telefonu: | Adres e-mail: |
| PESEL: | |
| Adres do korespondencji: | |

|  |
| --- |
| **10. Zakres planowanych robót/dostaw:**  *(proszę wstawić X we właściwym miejscu)* |

**[ ]** Budowa podjazdu lub pochylni z obustronnymi poręczami do budynku mieszkalnego, zapewniającego osobom niepełnosprawnym samodzielny dostęp do lokalu; wyrównanie nawierzchni chodnika w pobliżu (do 5m) wjazdu na pochylnię

**[ ]** Dostawa, zakup i montaż platformy schodowej / transportera schodowego / windy przyściennej / innych urządzeń do transportu pionowego

**[ ]** Zakup i montaż poręczy i uchwytów w ciągach komunikacyjnych

**[ ]** Roboty polegające na likwidacji progów i/lub zróżnicowania poziomu podłogi

**[ ]** Przystosowanie drzwi, w tym: zakup i montaż drzwi wejściowych o szerokości w świetle ościeżnicy co najmniej 90 cm, pozostałych – co najmniej 80 cm, lub zakup i montaż drzwi przesuwnych, lub zakup i zamontowanie systemu otwierania drzwi, w tym balkonowych przyciskiem (dla Wnioskodawców o niesprawnych rękach), lub zakup i wymiana drzwi balkonowych, lub zakup i zainstalowanie systemu automatycznego otwierania drzwi do garażu – dla Wnioskodawców posiadających i prowadzących samodzielnie samochód, będących jednocześnie osobami prowadzącymi działalność gospodarczą, zatrudnionymi na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony lub osobami studiującymi (uczącymi się),

**[ ]** dostosowanie stolarki okiennej do samodzielnej obsługi przez Wnioskodawcę poruszającego się na wózku inwalidzkim zamieszkującego z inną osobą niepełnosprawną lub samotnie – w kuchni i jednym pokoju, wybranym przez Wnioskodawcę

**[ ]** wymianę wykładziny podłogowej (w miarę konieczności z podłożem) na posadzkę antypoślizgową, jeżeli stwarza trudności w poruszaniu się

**[ ]** adaptację pomieszczeń na łazienkę i WC, a także przystosowanie już istniejących pomieszczeń higieniczno-sanitarnych do potrzeb Wnioskodawcy, w tym: powiększenie pomieszczeń, zakup i montaż wanny niskiej, antypoślizgowej z podnośnikiem wannowym (krzesełkiem nawannowym) lub kabiny prysznicowej z brodzikiem bezprogowym, albo brodzika niskiego (przy czym łączny wymiar zew. brodzika wraz z dolną listwą kabiny nie może wynieść więcej niż 6 cm), bądź wykonanie brodzika z płytek (ew. wraz z zakupem i montażem drzwi prysznicowych o szerokości przejścia co najmniej 80 cm), zakup i montaż kafelek ściennych związanych z montażem w/w przedmiotów do 8 m2

**[ ]** oznakowanie wyposażenia lokalu i ciągów komunikacyjnych różnym kolorem lub fakturą,

**[ ]** wykonanie dojścia do budynku mieszkalnego od bramy wjazdowej do drzwi wejściowych do mieszkania (chodnik o powierzchni nie powodującej poślizgu, np. z betonu, kostki brukowej; o szerokości do1,5m),

**[ ]** trwałe oznakowanie narożników budynku (dla osób z dysfunkcją narządu wzroku),

**[ ]** wprowadzenie oznakowania kolorystycznego fakturowego elementów pionowych i poziomych małej architektury oraz ograniczenia krawężnikami lub opaskami o odmiennej fakturowo lub kolorystycznie nawierzchni (dla osób z dysfunkcją narządu wzroku)

**[ ]** Inna (proszę określić jakie):

|  |  |
| --- | --- |
| **11. Jakie efekty przyniesie likwidacja bariery architektonicznej?**  *(proszę wstawić X we właściwym miejscu)* | |
| Większa samodzielność wnioskodawcy w wykonywaniu czynności życia codziennego |  |
| Całkowita samodzielność wnioskodawcy w wykonywaniu czynności życia codziennego |  |
| Zwiększenie możliwości udziału wnioskodawcy w życiu społecznym poza miejscem zamieszkania rozumianym jako mieszkanie/dom  *Jeśli zaznaczono tę opcję, należy uzasadnić w jaki sposób likwidacja bariery architektonicznej zwiększy szansę na aktywizację społeczną:*  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |  |
| Zwiększenie szans wnioskodawcy na aktywizację zawodową/ na utrzymanie aktywności zawodowej.  *Jeśli zaznaczono tę opcję, należy uzasadnić w jaki sposób likwidacja bariery architektonicznej zwiększy szanse na aktywizację zawodową/na utrzymanie aktywności zawodowej:* |  |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |  |
| Inne efekty (proszę określić jakie): |  |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………… |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **12. Kosztorys likwidacji bariery architektonicznej:** | | |
| L.p. | Planowane zakupy/roboty: | Kwota brutto w zł |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |
| 10 |  |  |
| 11 |  |  |
| 12 |  |  |
| 13 |  |  |
| 14 |  |  |
| **Łącznie koszty inwestycji:** | |  |
| **Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:** | |  |
| **Deklarowany udział Wnioskodawcy w kosztach przedsięwzięcia:** | |  |

|  |
| --- |
| **13. Przewidywany czas, miejsce realizacji inwestycji oraz cel dofinansowania:** |

Czas trwania (liczba miesięcy): ……………………..

Planowany termin rozpoczęcia realizacji inwestycji: ………………………..

Miejsce realizacji inwestycji:

Cel dofinansowania:

\* Nadmieniam, że zgodnie z § 9 ust. 4 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dn. 25.06.2002r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych” (Dz. U. z 2015 r. poz. 926 z późn. zm.) **„Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.” Jednocześnie informuję, iż dofinansowanie przyznane w danym roku kalendarzowym musi zostać również wypłacone w tym samym roku – nie ma możliwości przesunięcia terminu realizacji i wypłacenia środków na rok następny. Ponadto informuję, iż warunkiem przyznania i wypłacenia dofinansowania jest posiadanie ważnego orzeczenia o niepełnosprawności, w związku z czym Wnioskodawca zarówno w momencie przyznania dofinansowania oraz w momencie jego wypłaty musi legitymować się aktualnym orzeczeniem o niepełnosprawności. W sytuacji, gdy dofinansowanie zostało przyznane ale w trakcie trwania umowy orzeczenie o niepełnosprawności straciło ważność, wypłata dofinansowania zostanie wstrzymana do czasu przedłożenia aktualnego orzeczenia.**

|  |
| --- |
| **14. Informacja o kosztach poniesionych przed złożeniem wniosku:**(jeżeli dotyczy) |

**\*** W powyższym punkcie należy uwzględnić koszty zakupu materiałów lub prac, które zostały wykonane przed złożeniem wniosku i jednocześnie zostaną wykorzystane w realizacji przedmiotu dofinansowania. Koszty te nie podlegają dofinansowaniu ze środków PFRON.

|  |
| --- |
| **15. Informacja o innych źródłach finansowania zadania:** (wymaga udokumentowania jeżeli dotyczy) |

……………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………

|  |
| --- |
| **16. Informacja o przetwarzaniu danych osobowych** |

Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Cieszynie (43-400) przy ulicy Bobreckiej 29, reprezentowane przez Dyrektora (nr tel.: 33 47 77 117 adres e-mail: sekretariat@pcpr.cieszyn.pl).

W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym można skontaktować się pod numerem telefonu 518-442-215 w godzinach pracy urzędu, tj. od 7.30 – 15.30 lub adresem e-mail: inspektor@pcpr.cieszyn.pl.

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie przetwarza dane osobowe w celu prowadzenia dokumentacji papierowej i elektronicznej, w tym również rejestracji i utrwalania przebiegu wizji/kontroli (m.in. sporządzanie nagrań, fotografii lub filmów) w zakresie wynikającym z przepisów prawa dotyczących realizacji zadań powiatu z zakresu rehabilitacji społecznej wynikających z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych i innych ustaw oraz przepisów szczegółowych dotyczących udzielanej pomocy osobom niepełnosprawnym, w tym finansowanym ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz ich archiwizacji.

W związku z przetwarzaniem danych w celach wskazanych powyżej, dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych. Odbiorcami danych osobowych mogą być tylko podmioty uprawnione do odbioru danych.

dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa, przez okres 10 lat po zakończeniu postepowania, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.

W związku z przetwarzaniem przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie, danych osobowych, przysługują niniejsze prawa:

* dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO z zastrzeżeniem, że udostępniane dane osobowe nie mogą ujawniać informacji niejawnych, ani naruszać tajemnic prawnie chronionych, do których zachowania zobowiązany jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie,
* sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO;
* ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 RODO,
* cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem (dotyczy danych podanych dobrowolnie, tj. nr telefonu, adres e-mail),
* usunięcia danych (dotyczy danych podanych dobrowolnie, tj. nr telefonu, adres e-mail).

W przypadku uznania, iż przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie danych osobowych narusza przepisy RODO, przysługuje prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Podanie przez danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a ich niepodanie skutkuje pozostawieniem wniosku bez rozpatrzenia.

|  |
| --- |
| **17. Oświadczenia** |

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 § 1 kodeksu karnego za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że przedstawione przeze mnie dane we wniosku o dofinansowanie oraz załącznikach są prawdziwe.

Oświadczam, że **MAM / NIE MAM** \* zaległości wobec PFRON oraz w ciągu 3 lat przez złożeniem wniosku **BYŁEM/AM / NIE BYŁAM** \* stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie. Jednocześnie oświadczam, że **NIE OTRZYMAŁEM/AM / OTRZYMAŁEM/AM** dofinansowania/e ze środków Funduszu na cele w tym samym zakresie.

Oświadczam, że wszelkie zmiany dotyczące wniosku zobowiązuję się zgłaszać niezwłocznie po ich zaistnieniu.

Oświadczam, że stale zamieszkuję w lokalu, w którym zostanie zlikwidowana bariera architektoniczna.

Oświadczam, że zobowiązuję się do udziału w ewaluacji efektów jakie przyniesie likwidacja barier architektonicznych.

**Oświadczam, że zapoznałem/am się** **z „Zasadami dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych z terenu Powiatu Cieszyńskiego”**

**Oświadczam, że nie rozpocząłem/am realizacji przedmiotu dofinansowania przed dniem złożenia wniosku, a w przypadku jej rozpoczęcia przed rozpatrzeniem wniosku zobowiązuję się w terminie 14 dni poinformować o tym fakcie Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie i złożyć pisemną rezygnację z dofinansowania.**

…………………………………………………………………..……..

Data i podpis Wnioskodawcy lub jego przedstawiciela prawnego

***Osoba niemogąca pisać może złożyć oświadczenie woli w formie pisemnej w ten sposób, że uczyni na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku osoba przez nią upoważniona wypisze jej imię i nazwisko oraz złoży swój podpis, albo w ten sposób, że zamiast składającego oświadczenie podpisze się osoba przez niego upoważniona, a jej podpis będzie poświadczony przez notariusza, wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że został złożony na życzenie osoby niemogącej pisać.*** *(art. 79 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks Cywilny (tekst jednolity: Dz. U. 2018 poz. 1025 z późn. zm.))*

|  |
| --- |
| **18. Spis załączników – wypełnia PCPR** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa załącznika:** | ZAŁĄCZONO | UZUPEŁNIONO |
| **Załączniki obowiązkowe** | | |
| 1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik (oryginał do wglądu). |  |  |
| 2. Aktualne zaświadczenie lekarskie (wypisane czytelnie i w języku polskim) **nie starsze niż 3 miesiące.** |  |  |
| 3. Kopia aktu własności nieruchomości / kopia aktualnego wyciągu z ksiąg wieczystych / wypis z rejestru gruntów/ kopia umowy najmu lokalu/ inne: ……………………………………………..………………………………… |  |  |
| 4. Zgoda właściciela / współwłaścicieli nieruchomości. |  |  |
| 5. Szkic budynku / pomieszczenia przeznaczonego do adaptacji. |  |  |
| **Załączniki opcjonalne – jeżeli dotyczy** | | |
| 1. Kopie orzeczeń o stopniu niepełnosprawności osób zamieszkujących wraz z Wnioskodawcą w przypadku takich osób (oryginał do wglądu). |  |  |
| 2. Kopia dokumentu uprawniającego do reprezentowania Wnioskodawcy. |  |  |
| 3. Zaświadczenie Kierownika PUP o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy. |  |  |
| 4. Zaświadczenie z organizacji pozarządowej (lub innej) potwierdzające działalność społeczną, wolontariat lub inną formę aktywności społecznej. |  |  |
| 5. Kopia decyzji o przyznaniu zasiłku pielęgnacyjnego bądź dodatku pielęgnacyjnego, w przypadku jego pobierania (oryginał do wglądu). |  |  |
| 6. Kopia decyzji o przyznaniu świadczeń z pomocy społecznej, jeżeli takie występują (oryginał do wglądu). |  |  |
| 7. Zaświadczenie: od pracodawcy/ o pobieraniu nauki w szkole lub na uczelni/ orzeczenie o odroczeniu obowiązku szkolnego. |  |  |
| 8. Kosztorys przedwykonawczy sporządzony przez wykonawcę prac. |  |  |

**Adnotacje przyjmującego wniosek:**

………………………………………………………………………………………………

(data i podpis)

………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………

Stempel Zakładu opieki zdrowotnej Miejscowość, data

lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIE I W JĘZYKU POLSKIM!

**IMIĘ I NAZWISKO:**………………………………………………………….……………….……………………… **DATA URODZENIA:**……………………….………………

**ADRES ZAMIESZKANIA:**……………………………………………………..……………………............. **PESEL:**…………………………..………………..……………………

1. **Rozpoznanie choroby zasadniczej:**

1. **Okres od kiedy występuje choroba/niepełnosprawność oraz rokowania:**

1. **Występujące trudności w samodzielnym poruszaniu się:**

1. **Występujące bariery utrudniające lub uniemożliwiające osobie niepełnosprawnej funkcjonowanie (wpływ stanu zdrowia i rodzaju niepełnosprawności na wykonywanie podstawowych, codziennych czynności):**

1. **Używane zaopatrzenie ortopedyczne (częstotliwość / konieczność stosowania zaopatrzenia):**

1. **Uzasadnienie likwidacji barier architektonicznych u Wnioskodawcy:**

…………………………………………………………………………………………………..

(stempel i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)