

Nr sprawy RN.610/...../
(wypełnia PCPR)

Data wpływu wniosku do PCPR.....

WNIOSEK

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej**

Dane dotyczące Wnioskodawcy (proszę wypełnić drukowanymi literami)

Imię/imiona/ i nazwisko:.....

Nr PESEL

Adres - miejscowość nr kodu..... - poczta

ulica nr domu nr lokalu

nr tel.....

Dane przedstawiciela ustawowego-dla małoletniego Wnioskodawcy, opiekuna, pełnomocnika:

Imię/imiona/ i nazwisko:.....

Nr PESEL

Adres - miejscowość nr kodu..... - poczta

ulica nr domu nr lokalu

nr tel.....

opiekun** - ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia.....

sygnatura akt.....

pełnomocnik** - na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza:.....

.....dnia.....nr repertorium.....

*w przypadku gdy wnioskodawcą jest dziecko – skreślić

**niepotrzebne skreślić

I.A. Stopień niepełnosprawności /wypełnić zgodnie z posiadanym orzeczeniem/⁽¹⁾

1a	znaczny	
1b	inwalidzi I grupy	
1c	osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
1d	osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
1e	osoby w wieku do lat 16, które posiadają orzeczenie o niepełnosprawności	
2a	umiarkowany	
2b	inwalidzi II grupy	
2c	osoby całkowicie niezdolne do pracy	
3a	lekki	
3b	inwalidzi III grupy	
3c	osoby częściowo niezdolne do pracy	
3d	osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

I.B. Rodzaj niepełnosprawności ⁽²⁾

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

punktacja / wypełnia PCPR/	
-----------------------------------	--

⁽¹⁾wstawić X we właściwej rubryce (tylko w jednej)⁽²⁾wstawić X we właściwych rubrykach zgodnie z dołączonym do wniosku zaświadczeniem lekarskim

*niepotrzebne skreślić

II. Opis budynku i mieszkania**

1. dom jednorodzinny, wielorodzinny prywatny, wielorodzinny komunalny, wielorodzinny spółdzielczy,
2. inne.....
3. budynek parterowy, piętrowy, mieszkanie na : piętrze
4. przybliżony wiek budynku lub rok budowy:
5. opis mieszkania: liczba pokoi:, z kuchnią, bez kuchni, z łazienką, bez łazienki, z wc, bez wc
6. łazienka jest wyposażona w wannę, brodzik, kabinę prysznicową, umywalkę
7. w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej, ciepłej, kanalizacja, centralne ogrzewanie, prąd, gaz

III. Planowany termin

rozpoczęcia przedsięwzięcia	
zakończenia przedsięwzięcia	

IV. Koszt przedsięwzięcia

Planowany, całkowity koszt przedsięwzięcia

zł

1.	deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania	%
2.	deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania	%
3.	oczekiwany % dofinansowania ze środków PFRON	%
Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania w zł:		
słownie:		

punktacja / wypełnia PCPR/

proszę wstawić X we właściwej rubryce**niepotrzebne skreślić*

V. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą

Lp.	Imię i nazwisko	pokrewieństwo ⁽¹⁾	data urodzenia	stopień niepełnosprawności ⁽²⁾	rodzaj niepełnosprawności ⁽³⁾	źródło dochodu
1.	Wnioskodawca	-		-		
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
PRZECIĘTNY MIESIĘCZNY DOCHÓD NA JEDNEGO CZŁONKA RODZINY (zgodnie z załącznikiem nr 2):						

łączna punktacja za stopień i rodzaj niepełnosprawności osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym – / wypełnia PCPR/	
punktacja za średni dochód na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy – / wypełnia PCPR/	
punktacja za zamieszkiwanie: samotnie, z rodziną, z osobami nie spokrewnionymi – / wypełnia PCPR/	

⁽¹⁾ w stosunku do wnioskodawcy

⁽²⁾ wpisać jedno z oznaczeń (od 1a do 3d) korzystając z tabeli I.A. ze strony 2 wniosku – zgodnie z posiadanym orzeczeniem

⁽³⁾ wpisać oznaczenia (od 1 do 6) korzystając z tabeli I.B. - zgodnie z dołączonym do wniosku zaświadczeniem lekarskim

VI. Środki finansowe dotychczas uzyskane z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych*

Korzystałem z w/w środków

Nie korzystałem z w/w środków

	Na jaki cel	w wysokości	data i numer zawartej umowy
1.	na likwidację barier*: <input type="checkbox"/> architektonicznych <input type="checkbox"/> techniczne <input type="checkbox"/> w komunikowaniu się		
2.	korzystałem na inne cele ustawowe - jakie:		
3.	Z obowiązków wynikających z umów zawartych w celu uzyskania w/w środków*: <input type="checkbox"/> rozliczyłem się <input type="checkbox"/> jestem w trakcie rozliczenia <input type="checkbox"/> nie rozliczyłem się		

punktacja / wypełnia PCPR/
VII. Przewidywany efekt likwidacji barier architektonicznych dla wnioskodawcy i innych osób niepełnosprawnych z nim zamieszkałych

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*proszę wstawić X we właściwej rubryce

VIII. Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier (w kolejności od najważniejszego dla Wnioskodawcy)	orientacyjny koszt
RAZEM:	

IX. Inwestor zastępczy (inspektor nadzoru) wybrany przez Wnioskodawcę:

.....
(nazwa i dokładny adres z numerem kodu)
 nr telefonu

X. Kwota poniesionych kosztów związanych z likwidacją barier przed podpisaniem umowy (należy wypełnić tylko w przypadku gdy takie koszty zostały poniesione)

.....

Koszty poniesione przed podpisaniem umowy nie podlegają dofinansowaniu ze środków PFRON. Nie można ich również zaliczyć jako udziału własnego wnioskodawcy.

„Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3 (art.233§1 k.k. – Ustawa z dn. 6 czerwca 1997 – Dz. U. z 2021 r. poz. 2345)

Uprzedzona/y o odpowiedzialności za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym oraz, że warunki wcześniej zawartych umów uprawniających do korzystania ze środków PFRON zostały dotrzymane. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

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

Załącznik nr 1

Oświadczenie

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód na jednego członka rodziny pozostającej ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za rok podatkowy wyniósł zł

„ Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3 ” (art. 233 § 1 k.k. – Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Dz. U. z 2021 r. poz. 2345)

Upředzona/y o odpowiedzialności za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

Chodzież, dnia

.....

(podpis wnioskodawcy)

Uwaga !

Przeciętny miesięczny dochód na osobę w rodzinie ustala się dzieląc łączną kwotę dochodów uzyskanych przez członków rodziny w roku kalendarzowym poprzedzającym okres złożenia wniosku, pomniejszoną o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, przez liczbę dwanaście oraz przez liczbę osób w rodzinie.

Załącznik nr 2

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

Chodzież, dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię

adres

Na podstawie analizy dokumentacji medycznej oraz oceny stanu zdrowia stwierdzam występowanie u w/w Pacjenta następujących dysfunkcji: *

dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak bądź też amputacja dłoni lub rąk	
inna dysfunkcja narządu ruchu	
dysfunkcja narządu wzroku	
dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia**	

Informacje uzupełniające:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Zaświadczenie wydaje się w celu złożenia w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Chodzieży w związku z ubieganiem się w/w o dofinansowanie z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych.

.....

Pieczęć i podpis lekarza

* należy wstawić znak X w wolnym polu obok każdej z występujących dysfunkcji

** należy zaznaczyć jedynie w przypadku nie zaliczenia pacjenta do żadnej z czterech w/w grup dysfunkcji

Załącznik nr 3

**KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH
DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH
W ZWIĄZKU ZE ZŁOŻENIEM WNIOSKU
O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON**

Na podstawie art. 13 Rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) zwanym dalej „RODO”, informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Chodzieży, ul. Wiosny Ludów 14 A, kod pocztowy 64-800 Chodzież, e-mail: pcprchodziej@idsl.pl, tel. 067 2811750.
2. Przedstawicielem administratora danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie, Pani Magdalena Kacprzak, ul. Wiosny Ludów 14 A, e-mail: pcprchodziej@idsl.pl, tel. 067 2811750.
3. W PCPR w Chodzieży został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych, z którym można się skontaktować w sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych poprzez adres e-mail: pcprchodziej@idsl.pl lub listownie pod adresem Administratora.
4. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu udzielenia dofinansowania ze środków PFRON do likwidacji barier architektonicznych, technicznych, w komunikowaniu się, turnusu rehabilitacyjnego, do organizacji sportu, kultury, turystyki i rekreacji osób niepełnosprawnych, zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, sprzęt rehabilitacyjny, tłumacza migowego i przewodnika na podstawie art. 35a ust. 1 pkt 7 Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021, poz. 573) oraz § 2 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. 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.),
5. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO w zw. z art. 35a ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (realizacja obowiązku prawnego ciążącego na administratorze)
6. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres, niezbędny do realizacji celu przetwarzania i przechowywane zgodnie z ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.
7. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem realizacji celów, a ich niepodanie będzie skutkowało brakiem możliwości wykonania zadań oraz obowiązków prawnych ciążących na administratorze.
8. Państwa dane będą przekazywane:
 - podmiotom świadczącym asystę i wsparcie techniczne dla systemów informatycznych i teleinformatycznych w których są przetwarzane Pani/Pana dane oraz kancelariom prawnym w razie wystąpienia roszczeń;
 - **Państwowemu Funduszowi Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych** adres: al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, telefon: 22 50 55 500 oraz podmiotom uprawnionym na mocy przepisów prawa.
9. Posiada Pani/Pan prawo
 - dostępu do treści danych osobowych, w tym uzyskania kopii danych;
 - do żądania sprostowania lub uzupełnienia danych osobowych;
 - do żądania usunięcia danych osobowych w przypadkach przewidzianych prawem,
 - do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
 - do żądania przenoszenia danych;
 - do wyrażenia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, w przypadku przetwarzania danych na podstawie prawnie uzasadnionego interesu;
10. Posiadają Państwo prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych przy ul. Stawki 2 00-193 Warszawa, jeżeli uznają Państwo, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy prawa.
11. Państwa dane nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
12. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej

Zapoznałam/em się w informacjami i pouczeniem zawartymi w niniejszej klauzuli.
Przedmiotowe informacje są dla mnie zrozumiałe.

.....
data i podpis wnioskodawcy / strony