

## **WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW DO WNIOSKU – LIKWIDACJA BARIER TECHNICZNYCH**

1. Kopia aktualnego orzeczenia wnioskodawcy o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne – oryginał do wglądu,
2. Zaświadczenie o dochodach za kwartał roku poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wnioskodawcy i wszystkich osób prowadzących wspólne gospodarstwo domowe z wnioskodawcą,
3. Zaświadczenia lekarskiego szczegółowo opisujące zakres ograniczenia sprawności, wypełnione czytelnie w języku polskim z informacją o ewentualnie używanym oprzyrządowaniu ortopedycznym - załącznik nr 1 do wniosku o dofinansowanie likwidacji barier funkcjonalnych,
4. Karty leczenia szpitalnego – operacyjnego w przypadku niepełnosprawnych kobiet po zabiegu pełnej lub częściowej mastektomii, osób po zabiegu „stomii”,
5. Oświadczenie wnioskodawcy o miejscu zameldowania na pobyt stały oraz o ilości osób wspólnie prowadzących gospodarstwo domowe z wnioskodawcą - załącznik nr 2 do wniosku o dofinansowanie likwidacji barier funkcjonalnych,
6. Oferta cenowa wnioskowanego urządzenia/wyposażenia itp.

INFORMACJE W SPRAWIE DOFINANSOWANIA  
ZE ŚRODKÓW PFRON UDZIELA  
PUNK OBSŁUGI INTERESANTA  
POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE  
W OSTROWCU ŚWIĘTOKRZYSKIM, UL. ŚWIĘTOKRZYSKA 22, POKÓJ NR 6.7  
TEL. 41 249 94 19



Data wpływu:  
Nr sprawy:



## WNIOSEK

### o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

#### Część A – DANE WNIOSKODAWCY

| ROLA WNIOSKODAWCY                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nazwa pola                          | Do uzupełnienia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Wnioskodawca składa wniosek:</b> | <input type="checkbox"/> We własnym imieniu<br><input type="checkbox"/> Jako rodzic<br><input type="checkbox"/> Jako opiekun prawny<br><input type="checkbox"/> Jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego)<br><input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczanego notarialnie<br><input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczanego notarialnie |
| <b>Postanowieniem Sądu:</b>         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Z dnia:</b>                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Sygnatura akt:</b>               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Imię i nazwisko notariusza:</b>  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Repertorium nr:</b>              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Zakres pełnomocnictwa:</b>       | <input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie<br><input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania<br><input type="checkbox"/> do zawarcia umowy<br><input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku<br><input type="checkbox"/> do złożenia wniosku<br><input type="checkbox"/> inne                                |

### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

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

### ADRES ZAMIESZKANIA

| Nazwa pola           | Wartość                                                          |
|----------------------|------------------------------------------------------------------|
| Województwo:         |                                                                  |
| Powiat:              |                                                                  |
| Gmina:               |                                                                  |
| Miejscowość:         |                                                                  |
| Ulica:               |                                                                  |
| Nr domu:             |                                                                  |
| Nr lokalu:           |                                                                  |
| Kod pocztowy:        |                                                                  |
| Poczta:              |                                                                  |
| Rodzaj miejscowości: | <input type="checkbox"/> miasto<br><input type="checkbox"/> wieś |
| Nr telefonu:         |                                                                  |
| Adres e-mail:        |                                                                  |

### ADRES KORESPONDENCYJNY

☐ Taki sam jak adres zamieszkania

| Nazwa pola   | Wartość |
|--------------|---------|
| Województwo: |         |
| Powiat:      |         |
| Gmina:       |         |
| Miejscowość: |         |

|                      |  |
|----------------------|--|
| <b>Ulica:</b>        |  |
| <b>Nr domu:</b>      |  |
| <b>Nr lokalu:</b>    |  |
| <b>Kod pocztowy:</b> |  |
| <b>Pocztą:</b>       |  |

### DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

| Nazwa pola             | Wartość                                                             |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <b>Imię:</b>           |                                                                     |
| <b>Drugie imię:</b>    |                                                                     |
| <b>Nazwisko:</b>       |                                                                     |
| <b>PESEL:</b>          |                                                                     |
| <b>Data urodzenia:</b> |                                                                     |
| <b>Płeć:</b>           | <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta |

### ADRES ZAMIESZKANIA

| Nazwa pola                  | Wartość                                                          |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <b>Województwo:</b>         |                                                                  |
| <b>Powiat:</b>              |                                                                  |
| <b>Gmina:</b>               |                                                                  |
| <b>Miejscowość:</b>         |                                                                  |
| <b>Ulica:</b>               |                                                                  |
| <b>Nr domu:</b>             |                                                                  |
| <b>Nr lokalu:</b>           |                                                                  |
| <b>Kod pocztowy:</b>        |                                                                  |
| <b>Pocztą:</b>              |                                                                  |
| <b>Nr telefonu:</b>         |                                                                  |
| <b>Adres e-mail:</b>        |                                                                  |
| <b>Rodzaj miejscowości:</b> | <input type="checkbox"/> miasto<br><input type="checkbox"/> wieś |

| STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nazwa pola                                                                  | Wartość                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:</b> | <input type="checkbox"/> tak<br><input type="checkbox"/> nie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Stopień niepełnosprawności:</b>                                          | <input type="checkbox"/> Znaczny<br><input type="checkbox"/> Umiarkowany<br><input type="checkbox"/> Lekki<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>                  | <input type="checkbox"/> bezterminowo<br><input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Numer orzeczenia:</b>                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Grupa inwalidzka:</b>                                                    | <input type="checkbox"/> I grupa<br><input type="checkbox"/> II grupa<br><input type="checkbox"/> III grupa<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Niezdolność:</b>                                                         | <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji<br><input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny<br><input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy<br><input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy<br><input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Rodzaj niepełnosprawności:</b>                                           | <input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe<br><input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne<br><input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu<br><input type="checkbox"/> osoba głucha<br><input type="checkbox"/> osoba głuchoniema<br><input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku<br><input type="checkbox"/> osoba niewidoma<br><input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma<br><input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu<br><input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego<br><input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych<br><input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja<br><input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia<br><input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego<br><input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego<br><input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne<br><input type="checkbox"/> 11-I – inne<br><input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe |

|                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <b>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:</b> | <input type="checkbox"/> tak<br><input type="checkbox"/> nie                 |
| <b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 2 przyczyny<br><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:**

**w tym liczba osób niepełnosprawnych:**

### KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

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

☐ nie korzystałem  
☐ korzystałem

### CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

| Cel dofinansowania | Nr umowy | Data zawarcia umowy | Kwota dofinansowania | Stan rozliczenia |
|--------------------|----------|---------------------|----------------------|------------------|
|                    |          |                     |                      |                  |

## Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

| PRZEDMIOT WNIOSKU                                                           |         |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------|
| Nazwa pola                                                                  | Wartość |
| <b>Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:</b>                     |         |
| <b>Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):</b>                        |         |
| Słownie:                                                                    |         |
| <b>Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:</b>                 |         |
| Słownie:                                                                    |         |
| <b>co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:</b> |         |
| <b>Deklarowane środki własne:</b>                                           |         |
| <b>Inne źródła finansowania:</b>                                            |         |
| <b>Cel dofinansowania i uzasadnienie:</b>                                   |         |

### WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER

| Nazwa pola                                                                             | Wartość |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| <b>Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:</b> |         |
| <b>Miejsce realizacji zadania:</b>                                                     |         |
| <b>Termin rozpoczęcia:</b>                                                             |         |
| <b>Przewidywany czas realizacji:</b>                                                   |         |



## 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                          | Wartość |
|-------------------------------------|---------|
| 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

## Część C – Dane dodatkowe

### 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.

**Upředzony/upředzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Przepisy wprowadzające Kodeks karny - 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.**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam ze zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO.

#### Klauzula RODO

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

#### Tożsamość administratora

Administratorem Państwa danych osobowych jest powiat, do którego składany jest wniosek o dofinansowanie.

#### Dane kontaktowe administratora

Z administratorem można skontaktować się za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej, a także telefonicznie. Dane kontaktowe administratora podane są na jego stronie internetowej.

#### Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych podane są na stronie internetowej administratora.

#### Cele przetwarzania

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz – w przypadkach tego wymagających – zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń.

#### Podstawa prawna przetwarzania

RODO - 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, zwane dalej „RODO”.

Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych zwykłych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz e RODO, a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f RODO.

#### Okres, przez który dane będą przechowywane

Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi u administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane do czasu zakończenia postępowania.

Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe

Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, pocztowe, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych.

Prawa podmiotów danych

Przysługuje Państwu prawo:

- 1) na podstawie art. 15 RODO – prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,
- 2) na podstawie art. 16 RODO – prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych,
- 3) na podstawie art. 17 RODO – prawo do usunięcia danych osobowych,
- 4) na podstawie art. 18 RODO – prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,
- 5) na podstawie art. 20 RODO – prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
- 6) art. 21 RODO – prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa, na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora.

Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych

Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.

| Miejscowość | Data | Podpis Wnioskodawcy |
|-------------|------|---------------------|
|             |      |                     |

#### ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

| Lp. | Plik |
|-----|------|
|     |      |

#### UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

| Lp. | Plik |
|-----|------|
|     |      |

|                                                |
|------------------------------------------------|
| <b>LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE</b> |
|------------------------------------------------|

|              |
|--------------|
| <b>Lista</b> |
|              |

.....

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

**Załącznik Nr 1**

do wniosku o dofinansowanie  
likwidacji barier funkcjonalnych

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowcu Świętokrzyskim

|                 |       |
|-----------------|-------|
| IMIĘ I NAZWISKO |       |
| DATA URODZENIA  | PESEL |
| ADRES           |       |

Używane zaopatrzenie ortopedyczne

.....  
.....

Określenie dysfunkcji i zakresu ograniczenia sprawności

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

.....  
.....

(data)

(pieczęć i podpis lekarza)



**Załącznik Nr 2**  
**do wniosku o dofinansowanie**  
**likwidacji barier funkcjonalnych**

.....  
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(adres zamieszkania wnioskodawcy)

.....

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany/a ....., legitymujący/a się  
dowodem osobistym nr serii ....., pesel .....  
oświadczam że:

- 1) jestem zameldowany/a na pobyt stały pod adresem

.....

oraz że w miejscu tym koncentrują się wszystkie moje sprawy życiowe\*;

- 2) jestem zameldowany/a na pobyt tymczasowy pod adresem

.....

oraz że w miejscu tym koncentrują się wszystkie moje sprawy życiowe\*;

- 3) pozostaję we wspólnym gospodarstwie domowym z następującymi osobami\*:

.....

.....

.....

.....

.....

- 4) prowadzę gospodarstwo domowe samodzielnie\*.

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

**\*niepotrzebne skreślić**