

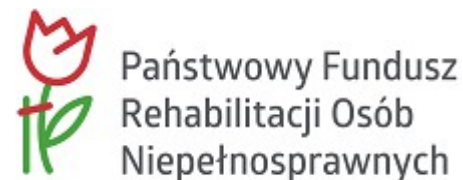
## **WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW DO WNIOSKU – LIKWIDACJA BARIER TECHNICZNYCH**

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. Podpisaną klauzulę informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych na potrzeby realizacji zadań finansowanych ze środków PFRON – załącznik do wniosku,
7. 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:



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

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

**Część A – DANE WNIOSKODAWCY**

| 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:                      |                                                                     |

|                             |                                                                  |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <b>Rodzaj miejscowości:</b> | <input type="checkbox"/> miasto<br><input type="checkbox"/> wieś |
| <b>Nr telefonu:</b>         |                                                                  |
| <b>Adres e-mail:</b>        |                                                                  |

### ADRES KORESPONDENCYJNY

☐ Taki sam jak 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>Poczta:</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>Poczta:</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 |
|----------------------------------------------------------------------|---------|
| 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:                                            |         |
| Cel dofinansowania i uzasadnienie:                                   |         |

### 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:

| <b>Nazwa pola</b>                          | <b>Wartość</b> |
|--------------------------------------------|----------------|
| <b>Właściciel konta (imię i nazwisko):</b> |                |
| <b>Nazwa banku:</b>                        |                |
| <b>Nr rachunku bankowego:</b>              |                |

- ☐ 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.

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

#### ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

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

#### UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

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

#### LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

| Lista |
|-------|
|       |



.....

(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**



## Załącznik do wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON

### **KLAUZULA INFORMACYJNA**

dotycząca przetwarzania danych osobowych na  
potrzeby realizacji zadań finansowanych ze środków PFRON

#### **Administrator danych osobowych**

Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowcu Świętokrzyskim (dalej jako PCPR) ul. Świętokrzyska 22, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski, nr tel.: 41 2499408, e-mail: sekretariat@pcpr.ostrowiec.pl.

#### **Inspektor Ochrony Danych**

Z Inspektorem Ochrony Danych w PCPR w Ostrowcu Świętokrzyskim można się kontaktować pisząc na adres e-mail: iod@pcpr.ostrowiec.pl,

#### **Cel i podstawa prawna przetwarzania danych osobowych**

Państwa dane osobowe zawarte we wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i w załącznikach do niego, będą przetwarzane w celu rozpatrzenia wniosku, udzielenia dofinansowania, zawarcia umowy oraz w celu archiwalnym.

Podstawę prawną przetwarzania tych danych osobowych stanowi:

- art. 6 ust. 1 lit. b RODO – gdy przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy);
- art. 6 ust. 1 lit. c RODO (gdy przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze);
- art. 9 ust. 2 lit. b RODO (gdy przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw przez administratora lub osobę, której dane dotyczą, w dziedzinie prawa pracy, zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej);

#### **Odbiorcy danych**

Dane osobowe będą udostępnione do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz innych podmiotów zaangażowanych w realizację wniosków (zadań) o stosowne dofinansowanie.

#### **Okres przechowywania danych**

Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 pełnych lat kalendarzowych, liczonych od zakończenia sprawy zgodnie z kategorią archiwalną określającą okres przechowywania akt sprawy w archiwum.

#### **Prawa osób, których dane dotyczą**

Posiadają Państwo prawo do dostępu do treści swoich danych, oraz prawo do ich sprostowania.

#### **Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego**

W przypadku uznania, że przetwarzanie danych narusza przepisy RODO przysługuje Państwu prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

#### **Obowiązek / dobrowolność podania danych osobowych**

Podanie danych osobowych jest nieodzownym wymogiem ustawowym ubiegania się o uzyskanie dofinansowania. Konsekwencją niepodania danych będzie pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.

#### **Informacje o profilowaniu**

W związku z przetwarzaniem danych osobowych nie będzie dochodziło do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.

.....  
(data i czytelny podpis)