# Wniosek o dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych dla osoby niepełnosprawnej ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, tel. 85 682 36 42

## Numer sprawy (wypełnia Urząd): …

## Część A: dane informacyjne o Wnioskodawcy

### Dane wnioskodawcy osoby niepełnosprawnej:

#### Imię i nazwisko:

#### Nr PESEL:

#### Adres zamieszkania:

1. miejscowość z kodem pocztowym
2. ulica:
3. numer domu:
4. numer lokalu:
5. telefon:

### Dane przedstawiciela ustawowego lub pełnomocnika:

#### Imię i nazwisko:

#### Nr PESEL:

#### Adres zamieszkania:

1. miejscowość z kodem pocztowym:
2. ulica:
3. numer domu:
4. numer lokalu:
5. telefon:

##### Ustanowiona(y) opiekunem / pełnomocnikiem[[1]](#footnote-1):

##### postanowieniem Sądu … w … z dn. … sygnatura akt …

##### na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez … z dn. … rep. Nr …

### Grupa inwalidzka[[2]](#footnote-2)

1. I grupa
2. II grupa
3. III grupa

### Stopień niepełnosprawności[[3]](#footnote-3):

* 1. Znaczny
	2. Umiarkowany
	3. Lekki
	4. Osoba niepełnosprawna do lat 16

### Niezdolność[[4]](#footnote-4):

1. osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji
2. osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym , którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny
3. osoby całkowicie niezdolne do pracy
4. osoby częściowo niezdolne do pracy
5. osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym

### Rodzaj niepełnosprawności[[5]](#footnote-5):

1. Narząd słuchu
2. Narząd słuchu i mowy
3. Narząd wzroku
4. Deficyt rozwojowy
5. Inne

### Sytuacja zawodowa[[6]](#footnote-6)

1. zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
2. młodzież od lat 16 do 24, ucząca się i nie pracująca
3. bezrobotny poszukujący pracy/ rencista poszukujący pracy
4. 4. rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
5. dzieci i młodzież do lat 16

### Sytuacja mieszkaniowa – dotyczy tylko likwidacji barier architektonicznych[[7]](#footnote-7)

* + - 1. dom jednorodzinny, wielorodzinny prywatny, wielorodzinny komunalny, wielorodzinny spółdzielczy, inne: …
			2. budynek parterowy, piętrowy, mieszkanie na … (podać kondygnację)
			3. przybliżony wiek budynku lub rok budowy: …
			4. opis mieszkania: pokoje: … (podaj liczbę), z kuchnią/bez kuchni/z łazienką/bez łazienki/ z wc/bez wc[[8]](#footnote-8).
			5. łazienka jest wyposażona w: wannę/ brodzik/kabinę prysznicową/umywalkę
			6. w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej, ciepłej, kanalizacja, centralne ogrzewanie, prąd, gaz[[9]](#footnote-9)
			7. inne informacje o warunkach mieszkaniowych: …

### Oświadczenie o wysokości dochodu i liczbie osób we wspólnym gospodarstwie domowym (dane należy uzupełnić w poniższej tabeli):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Liczba porządkowa (L.p.) | Nazwisko i imię | pokrewieństwo | Stopień niepełnosprawności w przypadku osoby niepełnosprawnej | Dochód netto |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| Dochód netto razem: |  |

#### Przeciętny miesięczny dochód na osobę w mojej rodzinie wynosi … złotych.

### Załączniki (dokumenty) wymagane do części A wniosku – Uwaga, wypełnia PCPR

| Nazwa załącznika | Załączono do wniosku: tak/nie |
| --- | --- |
| Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednika wnioskodawcy. W przypadku orzeczenia czasowego należy dołączyć zaświadczenie lekarza specjalisty potwierdzające, że inwalidztwo jest trawłe |  |
| Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z wnioskodawcą |  |
| Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności |  |
| Poświadczenie stałego miejsca zameldowania |  |
| Dokument potwierdzający własność nieruchomości lub budynku mieszkalnego |  |
| Inne dokumenty – w razie potrzeby |  |

## Część B: dotyczy likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej, dofinansowanych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

##  Miejsce realizacji zadania

#### Miejscowość z kodem pocztowym:

#### Ulica:

#### Numer domu/mieszkania:

#### Numer telefonu:

### Cel dofinansowania i szczegółowy zakres rzeczowy zadania, wykaz planowanych inwestycji, zakupów:

Miejsce na opis:

### Uzasadnienie wniosku - informacja wnioskodawcy o trudnościach związanych z codziennym funkcjonowaniem wynikającym z ograniczonej sprawności ruchowej lub innych deficytów:

Miejsce na opis:

### Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania:

Tutaj należy wpisać wartość nakładów: …

### Koszt realizacji zadania:

Tutaj należy wpisać kwotę: …

### Termin rozpoczęcia i planowany czas realizacji zadania:

Tutaj należy wpisać termin: …

###  Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków Funduszu - do 95%:

* Należy wpisać kwotę: …
* kwota słownie: …

### Imię i nazwisko właściciela konta:

* Należy wpisać imię i nazwisko: …
* Należy wpisać numer konta:

### Załączniki (dokumenty) wymagane do części B wniosku (uzupełnij poniższą tabelę):

#### Kosztorys ofertowy, z wyszczególnionymi kosztami materiału:

załączono do wniosku: tak/nie[[10]](#footnote-10)

**Uwaga! Nie dotyczy według stanu na dzień składania wniosku**

#### Szkic mieszkania (pomieszczeń) przed likwidacją barier oraz szkic z naniesieniem zmian, które mają nastąpić w trakcie likwidacji barier:

załączono do wniosku: tak/nie

#### Pisemna zgoda właściciela budynku lub lokalu mieszkalnego na wykonanie zadania:

załączono do wniosku: tak/nie

#### Oferta zakupu sprzętu:

załączono do wniosku: tak/nie

#### Inne dokumenty – w razie potrzeby:

załączono do wniosku: tak/nie

### Informacje końcowe:

1. Oświadczam, że w ciągu ostatnich 3 lat korzystałem(am) /nie korzystałem(am)[[11]](#footnote-11) ze środków PFRON na realizację zadania z zakresu likwidacji barier architektonicznych w komunikowaniu się lub technicznych.

Jeżeli TAK proszę o wypełnienie poniższej tabeli:

| Nr i data zawarcia umowy | Kwota przyznana | Cel przyznania | Stan rozliczenia |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Oświadczam, że mam /nie mam[[12]](#footnote-12) zaległości wobec Funduszu PFRON i w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am[[13]](#footnote-13) stroną umowy zawartej z Funduszem PFRON i rozwiązanej z przyczyny leżącej po mojej stronie.
2. Oświadczam, że posiadam środki własne w wysokości 5% kosztów związanych z wnioskowaną likwidacją barier.
3. Oświadczam, że posiadam/nie posiadam[[14]](#footnote-14) środki finansowe z innych źródeł na dofinansowanie wnioskowanej likwidacji barier w wysokości … zł.
4. Oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a, że dofinansowanie ze środków Funduszu nie obejmuje kosztów prac związanych z realizacją zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu

###  Oświadczania

1. Świadoma(y) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku podane zostały zgodnie z prawdą. O wszelkich zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni od ich wystąpienia
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych/danych osobowych mojego dziecka, danych osobowych mojego podopiecznego dla potrzeb niezbędnych w otrzymaniu dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zgodnie z art. 6 ust. 1 lit.a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r.

Miejsce na datę i podpis wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika:

…

# Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb PCPR w Hajnówce w celu uzyskania dofinansowania ze środków PFRON do likwidacji barier architektonicznych[[15]](#footnote-15)

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej: Miejsce wystawienia i data: ….

###

1. Imię i nazwisko:
2. PESEL:
3. Adres zamieszkania:
4. Rozpoznanie i opis choroby zasadniczej:

Miejsce na opis:[[16]](#footnote-16) …

1. Niepełnosprawność dotyczy (zaznaczyć prawidłowe w polu tekstowym):

Narząd ruchu w zakresie:

dysfunkcja kończyn dolnych

dysfunkcja kończyn górnych

jednoczesna dysfunkcja kończyn dolnych i górnych

inne schorzenia (wymienić) :…

1. Niepełnosprawność:

Trwała

Czasowa

1. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny:

Miejsce na opis: …

1. Sposób poruszania się:

Miejsce na opis: …

1. Niezbędny zakres prac z zakresu likwidacji barier architektonicznych, których realizacja umożliwi lub w znacznym stopniu łatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych , codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem:

Miejsce na opis: …

1. Uzasadnienie konieczności wykonania powyżej opisanych prac zgodnie z rodzajem niepełnosprawności:

Miejsce na opis: …

Pieczątka i podpis lekarza: …

# Klauzula informacyjna (wniosek o przyznanie dofinansowania ze środków PFRON)

Zgodnie z art. 13 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (dalej: RODO) informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych oraz dziecka jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Hajnówce, ul. marsz. J. Piłsudskiego 10 a, 17-200 Hajnówka, numer kontaktowy: 85 – 682-59-83, zwany dalej Administratorem.
2. Inspektorem Ochrony Danych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Hajnówce jest Pani Iwona Malczyk, email:malczyk@togatus.pl, numer kontaktowy: 506-358-200.
3. Podstawą do przetwarzania danych jest art. 6 ust.1 pkt. c rozporządzenia.
4. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Hajnówce przetwarza Pani/Pana dane osobowe na podstawie art. 35 a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021r., poz. 573 z późn. zm.) oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25.06.2002r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych ( Dz. U. z 2015, poz. 926) oraz rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 marca 2004 roku, w sprawie warsztatów terapii zajęciowej (Dz.U. poz. 587) oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. z 2007 r., Nr 230, poz. 1694 z późn. zm.) w celu:
* Dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym,
* Dofinansowania sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych,
* Dofinansowania zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny,
* Dofinansowania zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
* Dofinansowania likwidacji barier architektonicznych w komunikowaniu się i technicznych,
* Dofinansowania tworzenia i działania warsztatów terapii zajęciowej.
1. W związku z przetwarzaniem danych osobowych w celach, o których mowa wyżej odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być:
* Organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa;
* Inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Hajnówce przetwarzają dane osobowe, dla których Administratorem jest tutejsze Centrum.
1. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych wyżej, a po tym czasie przez okres 10 lat.
2. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługują Pani/Panu następujące uprawnienia:
* Prawo dostępu do danych osobowych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych;
* Prawo do żądania sprostowania (poprawienia) danych osobowych;
* Prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
* Prawo do przenoszenia danych.
1. Podanie danych jest wymogiem ustawowym, niepodanie danych będzie przeszkodą do rozpatrzenia wniosku.
2. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.
3. Powiatowe Centrum Pomocy w Hajnówce nie przekazuje danych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
4. Informujemy ponadto, że jeżeli uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Hajnówce Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy rozporządzenia i obowiązujące w tym zakresie przepisów prawa, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – tj. Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, z siedzibą w Warszawie (00-193 Warszawa, ul. Stawki 2).

Data i podpis wnioskodawcy na dowód zapoznania się z klauzulą: …

1. Właściwe podkreślić i wypełnić. [↑](#footnote-ref-1)
2. Zaznaczyć właściwą odpowiedź (np. poprzez podkreślenie, pogrubienie) [↑](#footnote-ref-2)
3. Zaznaczyć właściwe (np. poprzez podkreślenie, pogrubienie) [↑](#footnote-ref-3)
4. Należy zaznaczyć prawidłową odpowiedź, na przykład poprzez pogrubienie lub podkreślenie. [↑](#footnote-ref-4)
5. Należy zaznaczyć prawidłową odpowiedź, na przykład poprzez pogrubienie lub podkreślenie. [↑](#footnote-ref-5)
6. Należy zaznaczyć prawidłową odpowiedź, na przykład poprzez pogrubienie lub podkreślenie. [↑](#footnote-ref-6)
7. Należy zaznaczyć prawidłową odpowiedź, na przykład poprzez pogrubienie lub podkreślenie oraz uzupełnić w miejscu wielokropka. [↑](#footnote-ref-7)
8. Zaznaczyć właściwe. [↑](#footnote-ref-8)
9. Zaznaczyć właściwe. [↑](#footnote-ref-9)
10. W pozycjach 1-5 zaznaczyć właściwą odpowiedź. [↑](#footnote-ref-10)
11. Właściwe zaznaczyć. [↑](#footnote-ref-11)
12. Właściwe zaznaczyć. [↑](#footnote-ref-12)
13. Właściwe zaznaczyć. [↑](#footnote-ref-13)
14. Właściwe zaznaczyć. [↑](#footnote-ref-14)
15. Uwaga: zgodnie z definicja słownikową: bariery architektoniczne – oznacza to wszelkie utrudnienia występujące w budynku i jego najbliższej okolicy, które ze względu na rozwiązania techniczne, konstrukcyjne lub warunki użytkowania uniemożliwiają lub utrudniają swobodę ruchu osobie niepełnosprawnej. [↑](#footnote-ref-15)
16. Uwaga! Przed przekazaniem lekarzowi zaświadczenia do wypełniania zaleca się samodzielnie powiększyć miejsca na opis za pomocą klawisza „enter”. [↑](#footnote-ref-16)