Data wpływu:
Nr sprawy:

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych 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:	☐ mężczyzna ☐ kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA	
Nazwa pola	**Wartość**
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto ☐ wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES KORESPONDENCYJNY

☐ Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Wartość
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	☐ mężczyzna ☐ kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Wartość
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto ☐ wieś

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

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:	☐ tak ☐ nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	☐ 2 przyczyny ☐ 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:

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON W OKRESIE OSTATNICH 3 LAT

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 dofinan-sowania	Stan rozliczenia

UZASADNIENIE:

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:	

WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER	
Nazwa pola	**Wartość**
Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:	
Miejsce realizacji zadania:	
Termin rozpoczęcia:	
Przewidywany czas realizacji:	

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

OPIS BUDYNKU I MIESZKANIA

Nazwa pola	Wartość
Budynek:	☐ dom jednorodzinny, ☐ wielorodzinny prywatny, ☐ wielorodzinny komunalny, ☐ wielorodzinny spółdzielczy
Ilość pięter:	☐ budynek parterowy, ☐ piętrowy, ☐ mieszkanie na piętrze (którym?):
Przybliżony wiek budynku lub rok budowy:	
Liczba pokoi:	☐ + kuchnia, ☐ + łazienka, ☐ + wc
Łazienka jest wyposażona w:	☐ wannę, ☐ brodzik, ☐ kabinę prysznicową, ☐ umywalkę
W mieszkaniu jest:	☐ instalacja wody zimnej, ☐ ciepłej, ☐ kanalizacja, ☐ centralne ogrzewanie, ☐ prąd, ☐ gaz
Inne informacje o warunkach mieszkaniowych:	

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.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON i nie byłem/łam w ciągu ostatnich trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam, że nie ubiegam się i nie będę ubiegał się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych za pośrednictwem innego samorządu.

Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) - 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 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych.

Miejscowość	*Data*	*Podpis Wnioskodawcy*

Wymagane załączniki do wniosku:
1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności, o stopniu niepełnosprawności lub grupie inwalidzkiej.

2. Aktualne zaświadczenie lekarskie wystawione nie wcześniej niż 90 dni przed złożeniem wniosku określające indywidualne potrzeby osoby niepełnosprawnej w zakresie wykonywania podstawowych codziennych czynności

3. Dokument potwierdzający tytuł prawny do budynku – np. aktualny odpis z księgi wieczystej potwierdzający własność budynku lub wypis z rejestru gruntów z oznaczeniem budynku mieszkalnego lub umowa najmu.

4. Poświadczenie zameldowania z Urzędu Gminy (Wydział Ewidencji Ludności).

5. Kserokopia pełnomocnictwa lub postanowienia sądu o wyznaczeniu opiekuna prawnego, pełnomocnika, przedstawiciela ustawowego (jeżeli dotyczy).

6. Dokument poświadczający uzyskanie dofinansowania z innych źródeł (jeżeli dotyczy).

Oświadczenie właściciela budynku/mieszkania w którym wnioskowane jest przeprowadzenie prac w ramach likwidacji barier architektonicznych *(proszę wypełnić w przypadku gdy właścicielem/współwłaścicielem nie jest Wnioskodawca)*

Ja niżej podpisany(a), pouczony(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego za składanie fałszywych zeznań, stosownie do zapisu art. 75 § 2 kpa, oświadczam, że jestem właścicielem*/ współwłaścicielem* budynku mieszkalnego/ mieszkania zlokalizowanego w.....
i wyrażam zgodę na przeprowadzenie prac w ramach likwidacji barier architektonicznych mających na celu dostosowanie mieszkania do potrzeb osoby niepełnosprawnej P.....zamieszkałej w moim budynku/ mieszkaniu.
Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie, Plac Dominikański 3, 37-700 Przemyśl dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji zadań powiatu z zakresu rehabilitacji społecznej, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych.

Dane osoby składającej oświadczenie:

Imię i nazwisko

….

Nazwisko panieńskie

….

PESEL

….

…. ….

(czytelny podpis) *(miejscowość, data)*

....
(Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej) *(miejscowość i data)*

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
proszę wypełnić czytelnie

Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej.....

Pesel.....

Miejsce zamieszkania.....

I. Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

.....

.....

.....

.....

.....

II.Dysfunkcja osoby niepełnosprawnej *(proszę wypełnić właściwe pole)*:

Osoba leżąca wymagająca opieki innych osób..... .... *Pięczatka i podpis lekarza*
Osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim..... .... *Pięczatka i podpis lekarza*
Osoba poruszająca się przy pomocy:(balkonika, trójnogu, kul łokciowych,laski)..... .... *Pięczatka i podpis lekarza*
Sprawność kończyn górnych w jakim zakresie :(pełna, częściowo ograniczona,całkowicie niesprawna)..... .... *Pięczatka i podpis lekarza*
Sprawność kończyn dolnych w jakim zakresie: (pełna, częściowo ograniczona, całkowicie niesprawna)..... .... *Pięczatka i podpis lekarza*

Osoba z dysfunkcją narządu:

-wzroku,proszę wskazać stopień: (lekki, umiarkowany, znaczny).....

.....

- słuchu,mowy, proszę wskazać stopień: (lekki, średni, znaczny, głęboki).....

.....

Pięczatka i podpis lekarza

Upośledzenie umysłowe, proszę wskazać stopień:(lekki, umiarkowany, znaczny, głęboki).....

.....

Zaburzenia psychiczne i inne zaburzenia funkcji psychicznych.....

.....

Pięczatka i podpis lekarza

III. Inne schorzenia oraz choroby współistniejące:

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

IV. Osoba niepełnosprawna ma ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji polegające na: *(wypełnić w przypadku gdy osoba niepełnosprawna ubiega się o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się)*

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

V. Osoba niepełnosprawna ma problemy uniemozliwiające lub utrudniające poruszanie się wynikające ze stanu zdrowia polegające na: (*wypełnić w przypadku gdy osoba niepełnosprawna ubiega sie o likwidację barier architektonicznych)*:

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

VI. Zakup jakiego przedmiotu/sprzętu z uwagi na potrzeby wynikające z niepełnosprawności umożliwi lub w znaczny sposób ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności (*wypełnić w przypadku gdy osoba niepełnosprawna ubiega sie o likwidację barier technicznych):*

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

VII. Uwagi dodatkowe

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

.....
(pieczątka i podpis lekarza)

Klauzula informacyjna

Na podstawie art.13 ust.1 i ust.2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE z dnia 27 kwietnia 2016r.(Dz. Urz. UE Nr 119).

informuję, że:

1. Administratorem Pana/i danych osobowych jest :
Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przemyślu, Plac Dominikański 3, 37-700 Przemyśl tel. 16 675 00 11, adres mailowy pcpr@powiat.przemysl.pl
2. **W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Przemyślu jest wyznaczony inspektor ochrony danych, z którym skontaktować się można :**
adres mailowy : merit.inspektor.rodo@gmail.com, lub tel. 502 575 101
3. Pana/i dane osobowe przetwarzane są w celu :
rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych zgodnie z art. 35a ust. 1 pkt. 7 lit. d ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudniania osób niepełnosprawnych
4. Dane osobowe mogą być przekazywane innym organom i podmiotom wyłącznie na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
5. Pana/i dane osobowe będą przetwarzane przez okres:
10 pełnych lat kalendarzowych, liczonych od zakończenia sprawy zgodnie z kategorią archiwalną określającą czasookres przechowywania akt sprawy w archiwum zakładowym
6. Posiada Pan/i prawo do:
dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania.
7. Ma Pan/i prawo: **wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy przetwarzanie danych osobowych Pana/i dotyczących naruszałoby przepisy rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.**
8. Podanie danych osobowych jest :
nieodzownym wymogiem ustawowym ubiegania się o uzyskanie dofinansowania
9. Konsekwencją niepodania danych będzie : **pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.**

Zapoznałem/łam się z treścią niniejszej klauzuli informacyjnej.

Imię i nazwisko Wnioskodawcy ……

…….
czytelny podpis

lub

imię i nazwisko rodzica, opiekuna prawnego, pełnomocnika ……..

……..
czytelny podpis