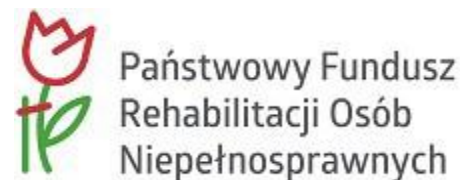


Data wpływu:

Nr sprawy:



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:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA

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

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

ADRES KORESPONDENCYJNY Taki sam jak adres zamieszkania

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

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

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

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Wartość
Powiat:	
Gmina:	

Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Wartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Numer orzeczenia:	
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność:	<input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> Nie dotyczy

<p>Rodzaj niepełnosprawności:</p>	<p><input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne <input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe</p>
<p>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:</p>	<p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>
<p>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</p>	<p><input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny</p>

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
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:	<input type="checkbox"/> dom jednorodzinny, <input type="checkbox"/> wielorodzinny prywatny, <input type="checkbox"/> wielorodzinny komunalny, <input type="checkbox"/> wielorodzinny spółdzielczy
Ilość pięter:	<input type="checkbox"/> budynek parterowy, <input type="checkbox"/> piętrowy, <input type="checkbox"/> mieszkanie na piętrze (którym?):
Przybliżony wiek budynku lub rok budowy:	

Liczba pokoi:	<input type="checkbox"/> + kuchnia, <input type="checkbox"/> + łazienka, <input type="checkbox"/> + wc
Łazienka jest wyposażona w:	<input type="checkbox"/> wannę, <input type="checkbox"/> brodzik, <input type="checkbox"/> kabinę prysznicową, <input type="checkbox"/> umywalkę
W mieszkaniu jest:	<input type="checkbox"/> instalacja wody zimnej, <input type="checkbox"/> ciepłej, <input type="checkbox"/> kanalizacja, <input type="checkbox"/> centralne ogrzewanie, <input type="checkbox"/> prąd, <input type="checkbox"/> 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.

Uprowadzony/uprowadzona 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.

<i>Miejscowość</i>	<i>Data</i>	<i>Podpis Wnioskodawcy</i>

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 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych.

Dane osoby składającej oświadczenie:

Imię i nazwisko

.....

Nazwisko panieńskie

.....

PESEL

.....

.....

(czytelny podpis)

.....

(miejscowość, data)

.....
(Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej)

.....
(miejsowość 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..... <p style="text-align: right;"><i>Pięczętka i podpis lekarza</i></p>
--

Osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim..... <p style="text-align: right;"><i>Pięczętka i podpis lekarza</i></p>
--

Osoba poruszająca się przy pomocy:(balkonika, trójnogu, kul łokciowych,laski)..... <p style="text-align: right;"><i>Pięczętka i podpis lekarza</i></p>

Sprawność kończyn górnych w jakim zakresie :(pełna, częściowo ograniczona,całkowicie niesprawna)..... <p style="text-align: right;"><i>Pięczętka i podpis lekarza</i></p>
--

Sprawność kończyn dolnych w jakim zakresie: (pełna, częściowo ograniczona, całkowicie niesprawna)..... <p style="text-align: right;"><i>Pięczętka i podpis lekarza</i></p>

<p>Osoba z dysfunkcją narządu:</p> <p>-wzroku, proszę wskazać stopień: (lekki, umiarkowany, znaczny).....</p> <p>.....</p> <p>- słuchu, mowy, proszę wskazać stopień: (lekki, średni, znaczny, głęboki).....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: right;"><i>Pięczętka i podpis lekarza</i></p>
<p>Upośledzenie umysłowe, proszę wskazać stopień:(lekki, umiarkowany, znaczny, głęboki).....</p> <p>.....</p> <p>Zaburzenia psychiczne i inne zaburzenia funkcji psychicznych.....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: right;"><i>Pięczętka i podpis lekarza</i></p>

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 uniemożliwiające lub utrudniające poruszanie się wynikające ze stanu zdrowia polegające na: *(wypełnić w przypadku gdy osoba niepełnosprawna ubiega się 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 się o likwidację barier technicznych):*

.....

.....

.....

VII. Uwagi dodatkowe

.....

.....

.....

.....
(pieczętka 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 Przemysłu, Plac Dominikański 3, 37-700 Przemysł tel. 16 675 00 11, adres mailowy pcpr@powiat.przemysl.pl
2. **W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Przemysłu jest wyznaczony inspektor ochrony danych, z którym skontaktować się można :
adres mailowy : merit.inspektor.rod@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