

...../...../.....
numer wniosku powiat rok złożenia wniosku

.....
data wpływu kompletnego wniosku (dzień, miesiąc, rok)



WNIOSEK
o przyznanie dofinansowania ze środków PFRON
likwidacji barier architektonicznych
w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

Część: A: Dane dotyczące Wnioskodawcy (wypełnić czytelnie)

1. Informacje o Wnioskodawcy:

Imię i nazwisko,
legitymujący się dowodem osobistym: seria nrwydanym w dniu
..... przez,
nr PESEL, zamieszkały/a w.....
ulica..... nr domu..... nr lokalu kod pocztowy
poczta powiat województwo
..... nr telefonu/fax (z nr kier.)

.....
(nazwa i numer rachunku bankowego)

2. Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik

Imię i Nazwisko syn/córka,
legitymujący się dowodem osobistym: seria nr dowodu osobistego wydanego
w dniu przez, nr PESEL
zamieszkały/a w ulica
nr domu nr lokalu kod pocztowy poczta
powiat województwo nr telefonu
ustanowiony opiekunem /pełnomocnikiem na podstawie postanowienia Sądu Rejonowego
w..... z dnia
wydanego w sprawie o sygn. akt/ pełnomocnictwa udzielonego w dniu
przez Wnioskodawcę/ przed Notariuszem
prowadzącym Kancelarię Notarialną w (rep. nr
.....)/ w formie pisemnej/ w formie pisemnej
z podpisem poświadczonym przez lub w innej formie
.....

3. Korzystanie ze środków Państwowego Funduszu Osób Niepełnosprawnych*

1. na likwidację barier architektonicznych, technicznych, w komunikowaniu się, zakup sprzętu rehabilitacyjnego (w ciągu ostatnich 3 lat):	
a) nie korzystał	
b) korzystał, w tym na:	
2. korzystał na inne cele ustawowe i rozliczył się	

*proszę wstawić znak X w odpowiedniej kratce.

4. Przeciętny dochód miesięczny (netto na jedną osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy).

Niniejszym oświadczam, że:

1. przeciętny miesięczny dochód¹ w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku i podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosił: zł.
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym razem ze mną wynosi
.....

5. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i mieszkania, w którym będzie realizowane zadanie:

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

¹ dochód – w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 28 listopada 2003 o świadczeniach rodzinnych (t. j. Dz.U. z 2018 r. poz. 2220 z późn. zm.) pomniejszony o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, zasiłek pielęgnacyjny oraz kwotę świadczonych alimentów powiększony o dochody z działalności gospodarczej, dochody z gospodarstwa rolnego oraz inne dochody nieopodatkowane wymienione w niniejszej ustawie.

8. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:

.....

.....

9. 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:

.....

10. Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku:

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak/nie	Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		(wypełnia pracownik PCPR)	
Do I etapu:			
1. Kopia orzeczenia o: - stopniu niepełnosprawności, bądź grupie inwalidzkiej, - niezdolności do pracy, - niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, wydane przed 01.01.1998 r. na stałe, - niepełnosprawności osoby do 16 roku życia.			
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą w przypadku zamieszkiwania z Wnioskodawcą takich osób			
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności (druk w załączeniu)			
4. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (akt własności, umowa najmu): A) dokument potwierdzający, że Wnioskodawca jest właścicielem nieruchomości, B) użytkownikiem wieczystym, C) posiada zgodę właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego, w którym stale zamieszkuje na dysponowanie lokalem lub budynkiem na cele budowlane			
5. Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy			
6. Zaświadczenie o zameldowaniu			
Do II etapu			
1. Szkic mieszkania			
2. Projekt i kosztorys/szczegółowa kalkulacja kosztów (oferta cenowa – zamówienie lub faktura pro forma), pozwolenie na budowę (w razie konieczności jego posiadania zgodnie z prawem obowiązującym)			
3. Zgoda właściciela budynku (w przypadku konieczności jej posiadania)			
4. Przyjęte pełnomocnictwo inwestora zastępczego			

.....
/miejsowość, data/

.....
(podpis Wnioskodawcy / przedstawiciela ustawowego / opiekuna prawnego / pełnomocnika)

OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, iż zostałem (-am) poinformowany (-a), że dofinansowanie kosztów realizacji zadania z zakresu dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych dla osoby niepełnosprawnej ze środków PFRON nie może obejmować kosztów poniesionych przed przyznaniem środków finansowych PFRON i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu,
2. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Funduszu i w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem (-am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
3. Oświadczam, że składane oświadczenia i dane są zgodne z prawdą.

KLAUZULA INFORMACYJNA W ZAKRESIE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Na podstawie art. 13 Rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych; zwane dalej: „RODO”), informujemy, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Opolu Lubelskim z siedzibą w Poniatowej ul. 11 Listopada 5, 24-320 Poniatowa.
2. W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych mogą Państwo kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: inspektor@cbi24.pl.
3. Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji obowiązków prawnych ciążących na Administratorze, w szczególności wynikających z przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych [t. j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1172] oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych [t. j. Dz. U. z 2015 r., poz. 926].
4. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach odrębnych, w tym przepisów archiwalnych.
5. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art.6 ust. 1 lit. c) ww. Rozporządzenia.
6. Odbiorcami Pani/Pana danych będą podmioty, które na podstawie zawartych umów przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora.
7. Osoba, której dane dotyczą ma prawo do:
 - dostępu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawienia, sprostowania, ograniczenia przetwarzania, a także – w przypadku przewidzianych prawem – prawo do usunięcia danych i prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Państwa danych,
 - wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku gdy przetwarzanie danych odbywa się z naruszeniem przepisów powyższego rozporządzenia tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, lecz ich nie podanie uniemożliwi rozpoznanie i realizację wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z uwagi na brak możliwości realizacji określonych wyżej celów przetwarzania danych osobowych.
9. Ponadto informujemy, iż w związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych nie podlega Pani/Pan decyzjom, które się opierają wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu, o czym stanowi art. 22 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.

.....
/miejscość, data/

.....
*(podpis Wnioskodawcy / przedstawiciela ustawowego / opiekuna
prawnego / pełnomocnika)*

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych we wniosku:

.....

Data i podpis pracownika PCPR

I. Opinia merytoryczna dotycząca poprawności rozwiązań technicznych i kosztów likwidacji barier:

Etap I.

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

.....
(data i podpis pracownika PCPR)

.....
(podpis Inspektora Nadzoru Budowlanego)

Etap II.

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

.....
(data i podpis pracownika PCPR)

.....
(podpis Inspektora Nadzoru Budowlanego)

II. Wyniki rozpatrzenia wniosku:

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

.....
(data i podpis pracownika PCPR)

Zaświadczenie lekarskie *

Proszę wypełnić czytelnie w języku polskim

Imię i Nazwisko

Data i miejsce urodzenia Nr PESEL.....

Adres zamieszkania

Rozpoznanie

.....

Niepełnosprawność dotyczy narządu / układu

SPRAWNOŚĆ (odpowiednie zaznaczyć):

KOŃCZYN GÓRNYCH:

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowicie niesprawne

KOŃCZYN DOLNYCH:

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowicie niesprawne

OSOBA PORUSZA SIĘ:

- samodzielnie
- z częściową pomocą
- wyłącznie z pomocą
- na wózku inwalidzkim
- jest osobą leżącą

ZAOPATRZENIE W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE:

1 oprotezowanie / zaaparatowanie kończyn górnych (jednostronne, obustronne)

2. oprotezowanie / zaaparatowanie kończyn dolnych (jednostronne, obustronne)

wózek inwalidzki kule łokciowe inne (jakie)

Informacje uzupełniające (rokowania):

.....

.....

.....
data

.....
pieczęć i podpis lekarza

* dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Opolu Lubelskim z siedzibą w Poniatowej; ważne 3 miesiące od daty wystawienia