

**Wniosek o przyznanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji
Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych
w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej**

Do wniosku należy załączyć: **(oryginały do wglądu)**

- **kopia aktualnego orzeczenia** o stopniu niepełnosprawności lub grupie inwalidzkiej, niezdolności do pracy, w przypadku dzieci do 16 roku życia orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym (wydane przed dniem 1 stycznia 1998 r.),
- **kopia orzeczeń** o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą (w przypadku takich osób),
- **zaświadczenie** wydane przez **lekarza specjalistę** właściwego dla dysfunkcji, z której wynika niepełnosprawność, zawierające informację, iż osoba niepełnosprawna ma **trudności w poruszaniu się** (wzór zaświadczenia stanowi załącznik nr 2 do wniosku), zaświadczenie należy wypełniać nie wcześniej niż na 3 miesiące przed datą złożenia,
- **zaświadczenia o dochodach netto** wszystkich osób prowadzących wspólne gospodarstwo domowe (za ostatnie trzy miesiące poprzedzające miesiąc złożenia wniosku),
- **kopia aktu własności lokalu, umowy najmu** (oryginał do wglądu),
- **zgoda właściciela budynku** na wykonanie robót we wnioskowanym zakresie (np. spółdzielnia mieszkaniowa, ZGM, itp.),
- **potwierdzenie zameldowania** wydane przez właściwy urząd lub oświadczenie dotyczące miejsca zamieszkania Wnioskodawcy (w przypadku gdy jest inny niż adres zameldowania),
- **kosztorys planowanych prac** wypełniony przez wykonawcę usługi likwidacji barier (wzór stanowi załącznik nr 3 do wniosku), lub w przypadku innych prac budowlanych, nie ujętych w/w załączniku, dodatkowy kosztorys ofertowy sporządzony przez wykonawcę usługi.
- **dokumenty wynikające z prawa budowlanego** (w przypadku podjazdów, wind, itp.),
- **zgoda na przetwarzanie danych osobowych** (wzór stanowi załącznik nr 1 do wniosku).

UWAGA:

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki ewentualnie wpisać „nie dotyczy”. W przypadku gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ...”

Wnioski rozpatrywane są wyłącznie kompletne i prawidłowo wypełnione, według kolejności napływania, do momentu wyczerpania środków PFRON na dany rok kalendarzowy.

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

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

I. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	☐ mężczyzna ☐ kobieta
Dowód osobisty – seria i numer:	
Dowód osobisty – wydany przez:	
Dowód osobisty – data wydania:	

ADRES ZAMIESZKANIA

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

Rodzaj miejscowości:	☐ miasto ☐ wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

II. DANE OPIEKUNA

☐ Nie dotyczy

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	☐ mężczyzna ☐ kobieta
Dowód osobisty – seria i numer:	
Dowód osobisty – wydany przez:	
Dowód osobisty – data wydania:	

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Wartość
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

OPIEKUN USTANOWIONY/USTANOWIONA

- ☐ Przedstawicielem ustawowym
☐ Opiekunem prawnym:

Nazwa pola	Wartość
Postanowieniem Sądu Rejonowego:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	

- ☐ Pełnomocnikiem, na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza:

Nazwa pola	Wartość
Imię i nazwisko:	
Z dnia:	
Repetitorium nr:	

III. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Wartość
Stopień niepełnosprawności:	☐ Znaczny ☐ Umiarkowany ☐ Lekki ☐ Nie dotyczy
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
Osoby w wieku do 16 lat posiadające orzeczenie o niepełnosprawności:	☐ Tak ☐ Nie dotyczy

IV. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- ☐ Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim (05-R, 10-N)
☐ Osoba poruszająca się przy pomocy innych przedmiotów ortopedycznych niż wózek inwalidzki
☐ Osoba nie poruszająca się samodzielnie - leżąca
☐ Osoba poruszająca się bez pomocy przedmiotów ortopedycznych, posiadająca dysfunkcję narządu ruchu (05-R, 10-N)
☐ Osoba całkowicie niewidoma (04-O)

- ☐ Osoba niedowidząca – dysfunkcja narządu wzroku (04-O)
- ☐ Inny / jaki? (01-U, 02-P, 03-L, 06-E, 07-S, 08-T, 09-M, 11-I, 12-C).....

V. 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?

VI. SYTUACJA MIESZKANIOWA – ZAMIESZKUJE

- ☐ samotnie
- ☐ z rodziną
- ☐ z osobami niespokrewnionymi

VII. OSOBY POZOSTAJĄCE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z WNIOSKODAWCĄ ORAZ OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI ICH DOCHODÓW NETTO

Przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych, pomniejszony o obciążenie podatkiem dochodowym osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał (trzy miesiące) poprzedzające miesiąc, w którym składany jest wniosek (netto).

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo:		Przeciętny miesięczny dochód netto
☐ indywidualnie ☐ wspólnie		
1.	Wnioskodawca:	
	Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą:	X
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
Suma:		

VIII. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych ze środków finansowych PFRON:

- ☐ nie korzystałem
☐ korzystałem

IX. CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

I. PRZEDMIOT WNIOSKU

Nazwa pola	Wartość
Przedmiot wniosku:	
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):	
Wnioskowana kwota dofinansowania (max 95% całkowitego kosztu):	
Deklarowany udział własny (min. 5 % całkowitego kosztu):	
Inne źródła finansowania:	

II. UZASADNIENIE

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

III. SYTUACJA MIESZKANIOWA – 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?):
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:	

IV. WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ W CELU LIKWIDACJI BARIER:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Termin rozpoczęcia:	
Przewidywany czas realizacji:	

Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

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:

Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON, w ciągu pięciu lat przed złożeniem wniosku nie byłem/byłam stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a), że kwota dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej wynosi **do 95% kosztów przedsięwzięcia, zatwierdzonych przez PCPR w Głogowie** oraz, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.

Oświadczam, że w przypadku przyznania dofinansowania będę dysponował(a) środkami finansowymi na opłacenie udziału własnego w postaci różnicy pomiędzy kwotą dofinansowania, ewentualnym dofinansowaniem z innych źródeł, a całkowitym kosztem realizacji zadania.

Uprowadzony/uprowadzona 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 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2019 poz. 1781).

Oświadczam, że miejscem mojego zamieszkania jest powiat głogowski.

Oświadczam, że w ramach niniejszego wniosku o dofinansowanie ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem powiatu głogowskiego.

Prawidłowość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

ZGODA NA PRZETWARZANIE NUMERU TELEFONU

Wyrażam/nie wyrażam zgody na wykorzystanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Głogowie ul. Słowiańska 13, 67-200 Głogów, numeru telefonu w celach kontaktowych związanych ze złożonym wnioskiem.

.....
Data, podpis osoby składającej wniosek

INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z 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 (RODO), informujemy że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Głogowie, ul. Słowiańska 13, 67-200 Głogów, reprezentowana przez Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Głogowie.
2. W sprawach związanych z Pani/Pana danymi osobowymi proszę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych (IOD): iodo@amt24.biz, tel: 76 300 01 40.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu rozpatrzenia złożonego wniosku oraz w celach kontaktowych związanych z w/w wnioskiem.
4. Podstawą przetwarzania danych osobowych jest art. 6 pkt 1 lit. c RODO – przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, Rozporządzenie 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, ustawa z dnia 14 czerwca 1960r. – Kodeks Postępowania Administracyjnego, a także art. 6 pkt 1 lit a RODO – osoba, której dane dotyczą wyraziła zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych w jednym lub większej liczbie określonych celów – zgoda dotyczy numeru telefonu lub adresu e-mail.
5. Odbiorca lub kategorie odbiorców: Podmioty upoważnione na podstawie zawartych umów powierzenia oraz uprawnione na mocy obowiązujących przepisów prawa.
6. Dane przetwarzane będą przez okres oraz w zakresie wymagany przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
7. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania oraz ograniczenia przetwarzania.
8. Ma Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody dotyczącej numeru telefonu lub adresu e-mail w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
9. Ma Pani/pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-913 Warszawa.
10. Podanie danych jest wymogiem ustawowym i niezbędnym do rozpatrzenia wniosku
11. Konsekwencją niepodania danych będzie nierozpatrzenie wniosku.

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Głogowie
w celu dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych
w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko

Data urodzeniaPESEL

Adres zamieszkania

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji (zaznaczyć właściwe):

- | | |
|---|---|
| ☐ dysfunkcja narządu ruchu | ☐ dysfunkcja narządu słuchu |
| ☐ dysfunkcja narządu wzroku | ☐ dysfunkcja kończyn górnych |
| ☐ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | ☐ choroba psychiczna |
| ☐ niepełnosprawność intelektualna | ☐ epilepsja |
| ☐ schorzenie układu krążenia | ☐ inne (jakie?)..... |

Wymaga likwidacji barier architektonicznych (zaznaczyć właściwe):

- ☐ NIE
- ☐ TAK (proszę wskazać konkretny przedmiot dofinansowania)

.....

Uzasadnienie celowości likwidacji barier architektonicznych w aspekcie indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej mającej problemy w poruszaniu się:

.....

.....

.....

Trudności w poruszaniu się (zaznaczyć właściwe):

- ☐ porusza się samodzielnie,
- ☐ porusza się przy pomocy kul łokciowych,
- ☐ porusza się na wózku inwalidzkim,
- ☐ osoba leżąca,
- ☐ osoba protezowana (proteza kończyny górnej/dolnej, jednostronna/obustronna)

.....
Miejscowość i data

.....
Pieczęć i podpis lekarza