



pieczęć PCPR

.....
data wpływu kompletnego wniosku

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

WNIOSK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych w miejscu
zamieszkania osoby niepełnosprawnej

A. Dane dotyczące Wnioskodawcy (proszę wypełnić drukowanymi literami)

..... syn/córka
imię (imiona) i nazwisko imię ojca

PESEL NIP nr tel/fax (z nr kier.)

seria nr wydany w dniu przez
dowód osobisty

miejsowość ulica nr domu nr lokalu

kod poczta powiat województwo

I.A. Stopień niepełnosprawności (1)

1. znaczny, • inwalidzi I grupy, • osoby całkowicie niezdolne do pracy i samodzielnej egzystencji, • osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny, • osoby w wieku do lat 16 (w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat), którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
2. umiarkowany, • inwalidzi II grupy, • osoby całkowicie niezdolne do pracy • inwalidzi III grupy ze względu na głuchotę lub głuchoniemotę	
3. lekki, • pozostali inwalidzi III grupy, • osoby częściowo niezdolne do pracy, • osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

I.B. Rodzaj niepełnosprawności (1)

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim,	
2. wrodzony brak lub amputacja dłoni lub rąk,	
3. inna dysfunkcja narządu ruchu,	
4. dysfunkcja narządu wzroku,	
5. dysfunkcja narządów słuchu i mowy,	
6. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe) lub choroba psychiczna,	
7. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

(1) wstawić X we właściwej rubryce

II. Sytuacja zawodowa (1)

1. zatrudniony* / prowadzący działalność gospodarczą*,	
2. osoba w wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca*,	
3. bezrobotny poszukujący pracy* / rencista poszukujący pracy*,	
4. rencista* / emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy,	
5. dzieci i młodzież do lat 18	

III. A. Sytuacja mieszkaniowa – warunki mieszkaniowe (wypełnia pracownik Centrum) (1)

1. złe,	
2. przeciętne,	
3. dobre,	
4. bardzo dobre	

III. B. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i mieszkania

- dom jednorodzinny*, wielorodzinny prywatny*, wielorodzinny komunalny*, wielorodzinny spółdzielczy*,
- inne
- budynek parterowy*, piętrowy*, mieszkanie na (podać kondygnację)
- przybliżony wiek budynku lub rok budowy
- opis mieszkania: pokoje (liczba), z kuchnią*, bez kuchni*, z łazienką*, bez łazienki*, z wc*, bez 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
-
-
-

III. C. Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje (1)

1. samotnie,	
2. z rodziną,	
3. z osobami nie spokrewnionymi	

III. C. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą (w tym osoby niepełnosprawne)

Imię i nazwisko - pokrewieństwo	niepełnosprawność		Dochód miesięczny netto (4)
	stopień (2)	rodzaj (3)	
1. - wnioskodawca			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
RAZEM:	-	-	

- proszę wstawić X we właściwej rubryce,
 - proszę wstawić właściwe oznaczenie cyfrowe z tablicy I.A,
 - proszę wstawić właściwe oznaczenie cyfrowe z tablicy I.B,
- * niepotrzebne skreślić

Pouczenie:

(4) Średni miesięczny dochód w rozumieniu ustawy z dnia 28 listopada 2003r. o świadczeniach rodzinnych (Dz.U. z 2016, poz. 1518 ze zm.) pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składką z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób

IV. Średni dochód miesięczny (netto) na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy
Dochód ustalony w pkt. III należy podzielić przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

Oświadczam, że w kwartale poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku przeciętny dochód przypadający na jedną osobę w gospodarstwie domowym wynosi zł gr
(słownie:)

V. Korzystanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w okresie ostatnich 3 lat

	numer zawartej umowy	rok otrzymania dofinansowania	wys. przyznanych środków
1. na likwidację barier architektonicznych			
2. na likwidację barier w komunikowaniu się i technicznych			
3. nie korzystałem nigdy			

VI. Deklarowany udział własny Wnioskodawcy i/lub sponsora

	zaznacz właściwe	ile procent
1. deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania – ponad obowiązkowe 5 %		
2. deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji		
3. nie deklaruję więcej niż obowiązkowe 5 %		zaznacz właściwe

VII. Dane informacyjne o wnioskodawcy

wykształcenie	rodzaj źródła utrzymania
1. brak	1. wynagrodzenie za pracę
2. niepełne podstawowe	2. przychody z działalności gospodarczej
3. podstawowe	3. renta stała* okresowa* socjalna* rodzinna*/emerytura*
4. średnie ogólnokształcące	4. zasiłek dla bezrobotnych
5. średnie zawodowe	5. świadczenia z pomocy społecznej
6. policealne	6. stypendium
7. wyższe	7. alimenty
8. wyższe z e stopniem naukowym	8. inne (jakie?)

VIII. Cel likwidacji barier architektonicznych (urbanistycznych) – uzasadnienie składanego wniosku

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

IX. Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier

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

X. Miejsce i adres realizacji zadania

.....

XI. 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

.....
.....

XII. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

.....

XIII. Nazwa banku i numer rachunku bankowego Wnioskodawcy lub jego przedstawiciela ustawowego, na który mają być przekazywane przyznane środki Funduszu

.....

XIV. Przewidywany koszt realizacji zadania

Słownie złotych

.....

XV. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków Funduszu (do 95% kosztu całości)

.....

Słownie złotych

.....

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

- Upředzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1,2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks Karny, oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
- O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować PCPR w ciągu 14 dni od ich zaistnienia.
- Oświadczam, że nie posiadam zaległości wobec PFRON i w przeciągu 3 lat nie byłam/em stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem 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), publ. Dz Urz. UE L z 2016r. Nr 119, poz. 1, w celach związanych z likwidacją barier architektonicznych.

Klauzula informacyjna

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), publ. Dz. Urz. UE L z 2016r. Nr 119, poz. 1 informujemy, że:

Administrator danych osobowych

Administratorem danych osobowych jest:

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Rykach, 08-500 Ryki, ul. Leona Wyczółkowskiego 10a,

adres poczty elektronicznej: pcpryki@op.pl ; tel.81 8654 852

Inspektor Ochrony Danych

W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych mogą Państwo kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych Panem Tomaszem Rutkowskim, adres e-mail: tomasz.rutkowski@lokalneogniwo.pl, tel. 81 565 77 10

Cel zbierania danych oraz udostępnianie danych

Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji:

- obowiązków prawnych ciążących na Administratorze
- zadań z zakresu rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych.

Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. a) ww. Rozporządzenia.

Dane osobowe nie będą przekazywane innym odbiorcom, dane te mogą być jednak udostępnione podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa.

Okres przetwarzania

Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach odrębnych, w tym przepisów archiwalnych.

Prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania

żądania dostępu do danych osobowych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych.

- cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

- wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku gdy przetwarzanie danych odbywa się naruszeniem przepisów powyższego rozporządzenia tj. Prezesa Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, przy czym konsekwencją niepodania danych osobowych **jest niemożliwość rozpatrzenia powyższego wniosku.**

Ponadto informujemy, iż w związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych nie podlega Pan/Pani decyzjom, które się opierają wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu, o czym stanowi art. 22 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y , iż wniosek o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych będzie podlegał rozpatrzeniu po otrzymaniu środków finansowych PFRON oraz po dokonaniu wizji w miejscu likwidacji barier. W związku z tym w przypadku braku środków finansowych wniosek może nie zostać rozpatrzony w terminie 30 dni od jego złożenia. Informacja o późniejszym terminie rozpatrzenia wniosku zostanie przekazana telefonicznie.

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

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

..... syn/córka

imię i nazwisko imię ojca

seria nr wydany w dniu przez

dowód osobisty

nr PESEL nr NIP

miejsowość ulica nr domu nr lokalu

nr kodu poczta powiat

nr telefonu/faxu

ustanowiony opiekunem*/pełnomocnikiem*

postanowieniem Sądu Rejonowego

lub na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza

.....

Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia o którym mowa w art. 1 lub art. 62 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, kopię orzeczenia o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r. zg. z art. 62 ust. 3 ustawy,
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób,
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia (druk załączony do wniosku),
4. Udokumentowana podstawa prawna zamieszkiwania lub zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (akt własności, umowa najmu) oraz pisemna zgoda właściciela/współwłaściciela lokalu lub budynku mieszkalnego w przypadku gdy taki występuje,
5. Zaświadczenie o dochodach netto Wnioskodawcy i osób wspólnie zamieszkujących (z trzech ostatnich miesięcy),
6. Zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy,
7. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności dziecka,
8. Kopia decyzji o przyznanych świadczeniach z pomocy społecznej, jeśli takie występują,
9. Zaświadczenia o wszelkich innych dochodach (alimentach, stypendiach, z gospodarstwa rolnego itp.)

Wniosek niekompletny

.....

Brakujące załączniki

.....

Wniosek kompletny

.....

** niepotrzebne skreślić*

WYPEŁNIA PCPR

I. Decyzja o sposobie rozpatrzeniu wniosku

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

.....
(data i podpis)

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb PCPR w Rykach

/PROSZĘ O WYPEŁNIENIE ZAŚWIADCZENIA W JĘZYKU POLSKIM/

Imię i nazwisko:

Data urodzenia: PESEL:

Adres:

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji *

- dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się;
- na wózku inwalidzkim
 - na stałe
 - okresowo
- za pomocą kul
- za pomocą balkoniku
- osoba leżąca

- inna dysfunkcja narządu ruchu
- wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk
- dysfunkcja narządu wzroku
- dysfunkcja narządu słuchu i mowy
- deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)

inne (podać jakie)

Rozpoznanie i opis choroby zasadniczej:

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

Opis schorzenia będącego przyczyną niepełnosprawności:

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

Pacjent wymaga/nie wymaga ** przystosowania budynku mieszkalnego i jego najbliższego otoczenia stosownie do potrzeb jego niepełnosprawności.

Data

.....
Podpis i pieczętka lekarza specjalisty

* właściwe zaznaczyć

** niepotrzebne skreślić

Zaświadczenie ważne jest 30 dni od dnia wystawienia.