

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
Województwo:	
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
Województwo:	
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
Województwo:	
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

Rodzaj niepełnosprawności:	<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
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:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

- indywidualne
 wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:

..... zł

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	Do uzupełnienia
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: + kuchnia, + łazienka, + 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:

Uprzedzony/uprzedzona 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>

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	
<input type="checkbox"/>	Orzeczenie o niepełnosprawności.
<input type="checkbox"/>	Zaświadczenie lekarskie (załącznik Nr 1).
<input type="checkbox"/>	Dokument potwierdzający prawo występowania w imieniu osoby niepełnosprawnej, w przypadku składania wniosku przez opiekuna prawnego, pełnomocnika (jeżeli dotyczy).
<input type="checkbox"/>	Dokument potwierdzający własność lokalu/budynku mieszkalnego (np. akt własności) lub zgoda właściciela lokalu / budynku mieszkalnego na wykonania likwidacji barier architektonicznych (załącznik Nr 2).
<input type="checkbox"/>	Oferta cenowa lub szczegółowy kosztorys ofertowy.
<input type="checkbox"/>	Szkic np. pomieszczenia łazienki przed i po zmianach.
<input type="checkbox"/>	Oświadczenie (załącznik Nr 3).
<input type="checkbox"/>	Klauzula informacyjna RODO (załącznik Nr 4 dla Wnioskodawcy lub dla osoby uprawnionej do reprezentowania Wnioskodawcy).

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

1. Orzeczenie o niepełnosprawności.
2. Zaświadczenie lekarskie (załącznik Nr 1).
3. Dokument potwierdzający prawo występowania w imieniu osoby niepełnosprawnej, w przypadku składania wniosku przez opiekuna prawnego, pełnomocnika (jeżeli dotyczy).
4. Dokument potwierdzający własność lokalu/budynku mieszkalnego (np. akt własności) lub zgoda właściciela lokalu / budynku mieszkalnego na wykonania likwidacji barier architektonicznych (załącznik Nr 2).
5. Oferta cenowa lub szczegółowy kosztorys ofertowy.
6. Szkic np. pomieszczenia łazienki przed i po zmianach.
7. Oświadczenie (załącznik Nr 3).
8. Klauzula informacyjna RODO (załącznik Nr 4 dla Wnioskodawcy lub dla osoby uprawnionej do reprezentowania Wnioskodawcy).

.....
data

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lipsku
– likwidacja barier architektonicznych
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i Nazwisko pacjenta

Adres zamieszkania

Data urodzeniaPESEL.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia niepełnosprawności lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
.....
.....

3. Rodzaj ograniczenia sprawności wnioskodawcy*:

- osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
- osoba poruszająca się przy pomocy innych przedmiotów ortopedycznych np. kuli, laski, balkonika itp.
- osoba nie poruszająca się samodzielnie – leżąca
- osoba poruszająca się bez pomocy przedmiotów ortopedycznych, posiadająca dysfunkcję narządu ruchu
- osoba niewidoma
- niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia
- inne schorzenia jakie?

4. Osoba posiada*:

- protezę kończyn górnych (jednostronna, obustronna)
- protezę kończyn dolnych (jednostronna, obustronna)
- nie dotyczy

5. Czy likwidacja barier architektonicznych ułatwi lub umożliwi osobie niepełnosprawnej mającej problemy w poruszaniu się wykonywanie codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem?
.....
.....
.....

* właściwe zaznaczyć

.....
Podpis i pieczęć lekarza

.....
Imię (imiona) i nazwisko

Lipsko, dn.

.....
adres
.....

OŚWIADCZENIE
właściciela lokalu / budynku mieszkalnego

Jako właściciel (właściciele)* lokalu/budynku* mieszkalnego, mieszczącego się w przy ul., w którym zamieszkuje osoba niepełnosprawna Pan/Pani oświadczam/oświadczamy*, że wyrażam/wyrażamy* zgodę na przystosowanie lokalu mieszkalnego do potrzeb osoby niepełnosprawnej.

Przystosowanie polegać będzie na:

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

* niepotrzebne skreślić

.....
podpis właściciela (właścicieli)
lokalu/budynku mieszkalnego

Załącznik:

- Dokument potwierdzający własność lokalu / budynku mieszkalnego :

.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że nie ubiegam się i nie będę się ubiegał/a w roku bieżącym odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowy ze środków PFRON – za pośrednictwem innego realizatora na terenie innego samorządu powiatowego.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie wizji lokalnej/kontroli w miejscu realizacji zadania oraz na rejestrację i utrwalenie przebiegu wizji/kontroli (m.in. sporządzenie nagrań, fotografii lub filmów).

Oświadczam, że stale zamieszkuję w lokalu, w którym zostanie zlikwidowana bariera architektoniczna.

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą i stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować PCPR w Lipsku w ciągu 14 dni od ich zaistnienia.

Miejscowość	Data	Podpisy Wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania Wnioskodawcy

Uwaga!

Dofinansowaniu nie podlegają koszty realizacji zadania poniesione przed przyznaniem dofinansowania i zawarciem umowy. Wszelkie prace oraz zakupy można rozpocząć dopiero po zawarciu umowy.

Wpisanie danych kontaktowych w zakresie telefonu lub adresu email jest dobrowolne.

W przypadku braku podania wymienionych danych utrudni kontakt w związku z realizacją celu jakim jest przyznanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych **do likwidacji barier architektonicznych.**

Klauzula informacyjna

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz.U.UE.L. z 2016r. Nr 119 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

1. Administratorem Państwa danych jest POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE w Lipsku, ul. Łżecka 6, 27-300 Lipsko, tel. 48 378 10 11
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: inspektor@cbi24.pl lub pisemnie pod adres Administratora.
3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane **w celu dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych** tj. gdyż jest to niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) w zw. z Ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r., o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych wraz z rozporządzeniami
4. W przypadku dobrowolnego udostępniania przez Państwa danych osobowych innych niż wynikające z obowiązku prawnego, podstawę legalizującą ich przetwarzanie stanowi wyrażona zgoda na przetwarzanie swoich danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit. a RODO). Udostępnione dobrowolnie dane będą przetwarzane w celu kontaktu.
5. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach szczególnych, w tym przepisów archiwalnych. Natomiast z przypadku danych podanych dobrowolnie – co do zasady do czasu wycofania przez Państwa zgody na ich przetwarzanie.
6. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym o profilowaniu.
7. Państwa dane osobowych nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
8. W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:

Wniosek

, Rehabilitacja społeczna – Likwidacja barier architektonicznych

- a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
 - b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
 - c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
 - d) w przypadku gdy przetwarzanie odbywa się na podstawie wyrażonej zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO) - prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
 - e) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);
9. Podanie przez Państwa danych osobowych w związku z ciążącym na Administratorze obowiązkiem prawnym jest obowiązkowe, a ich nieprzekazanie skutkować będzie brakiem realizacji celu, o którym mowa w punkcie 3. Nieprzekazanie danych udostępnianych dobrowolnie pozostaje bez wpływu na rozpoznanie sprawy.
10. Państwa dane mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa między innymi jednostkom i organom kontroli, dostawcą usług teleinformatycznych i hostingowych.

.....
data

.....
**Czytelny podpis Wnioskodawcy
lub osoby uprawnionej do
reprezentowania Wnioskodawcy**