

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

.....
pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

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

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych dla osoby niepełnosprawnej

A. Dane dotyczące wnioskodawcy (wypełnić drukowanymi literami)

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

seria nr wydany w dniu przez
dowód osobisty

data urodzenia nr PESEL nr tel

nr kodu-..... poczta województwo/powiat/.....
dokładny adres

miejsowość ulica nr domu nr lokalu

Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□

I. Rodzaj niepełnosprawności ⁽¹⁾

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

II. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik ⁽¹⁾

1. znaczny	
• inwalidzi I grupy,	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji,	
• osoby o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny (orzeczenie wydane przed 1 stycznia 1998r.)	
• osoby w wieku do lat 16, zaliczone do osób niepełnosprawnych, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
2. umiarkowany	
• inwalidzi II grupy,	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy,	
3. lekki	
• inwalidzi III grupy,	
• osoby częściowo niezdolne do pracy	
• osoby o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym (orzeczenie wydane przed 1 stycznia 1998r.)	

(1) wstawić x we właściwej rubryce

III. Sytuacja zawodowa ⁽¹⁾

1. zatrudniony*/prowadzący działalność gospodarczą*	
2. młodzież 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	

IV. Sytuacja mieszkaniowa - warunki mieszkaniowe (wypełnia pracownik Centrum) ⁽¹⁾

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

V. 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 (podać liczbę), z kuchnią*, bez kuchni*, z łazienką*, bez łazienki*, z wc*, bez wc*
- łazienka jest wyposażona w: wannę*, brodzik*, kabinę prysznicową*, umywalkę*, muszlę klozetową*
- w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej*, ciepłej*, kanalizacja*, centralne ogrzewanie*, prąd*, gaz*
- inne informacje o warunkach mieszkaniowych
-
-

VI. Sytuacja mieszkaniowa - zamieszkuje ⁽¹⁾

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

VII. Osoby niepełnosprawne pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z wnioskodawcą

Lp.	Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą (nie należy wpisywać imion i nazwisk osób)	Rok urodzenia	Stopień i rodzaj niepełnosprawności	
			stopień ⁽²⁾	rodzaj ⁽³⁾
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				

* niepotrzebne skreślić

(1) wstaw x we właściwej rubryce

(2) wstaw właściwe oznaczenia cyfrowe z tabeli II.

(3) wstaw właściwe oznaczenia cyfrowe z tabeli I.

VIII. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Czy wnioskodawca korzystał (w ciągu ostatnich 3 lat licząc od roku poprzedzającego rok złożenia wniosku) ze środków PFRON: TAK NIE

Cel (nazwa zadania ustawowego oraz/ lub nazwa programu, w ramach którego przyznana została pomoc – przedmiot dofinansowania)	Nr i data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Termin rozliczenia	Kwota rozliczona

IX. Deklarowany udział własny wnioskodawcy i/lub sponsora

Źródła finansowania zadania : we własnym zakresie inne (jakie?)

1. deklarowany przez wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania - ponad obowiązkowe 5%	%
2. deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania	%

X. Dane informacyjne o wnioskodawcy⁽¹⁾

wykształcenie	zaznacz właściwe	rodzaj źródła utrzymania	zaznacz właściwe
niepełne podstawowe		wynagrodzenie za pracę	
podstawowe		przychody z działalności gospodarczej	
zawodowe		renta stała*/emerytura*	
średnie ogólnokształcące		renta okresowa	
średnie zawodowe		renta szkoleniowa	
policealne		zasilek dla bezrobotnych	
wyższe		zasilek socjalny	
wyższe z tytułem naukowym		stypendium	
inne.....		alimenty*/inne*	

XI. Miejsce realizacji likwidacji barier architektonicznych

.....

XII. Cel dofinansowania zadania

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

(1) wstaw x we właściwej rubryce

* niepotrzebne skreślić

XIII. Wykaz planowanych przedsięwzięć w celu likwidacji barier i orientacyjny koszt (w kolejności od najważniejszego dla Wnioskodawcy)

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

XIV. Przewidywany koszt realizacji zadania

cyfrą: (słownie: zł)

XV. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania

cyfrą: (słownie: zł)

XVI. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z dotychczasowymi źródłami finansowania

cyfrą: (słownie: zł)

.....

XVII. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

.....

*

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłam/em stroną umowy zawartej z PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

W przypadku otrzymania dofinansowania zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy wartością prac, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł, a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

Uprzedzona/y o odpowiedzialności za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i uchwaleniu planu finansowego na rok bieżący przez Radę Powiatu Mińskiego.

*

.....
czytelny podpis
Wnioskodawcy/ przedstawiciela ustawowego/
opiekuna prawnego /pełnomocnika*

* niepotrzebne skreślić

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

.....syn/córka.....
nazwisko i imię/imiona *imię ojca*

seria nr wydany w dniu przez
dowód osobisty

data urodzenia nr PESEL nr tel

nr kodu-..... poczta województwo/powiat/
dokładny adres

miejsowość ulica nr domu nr lokalu

ustanowiony opiekunem*/pełnomocnikiem*
(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. ... sygn. akt / na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza ... z dn. ... repert. nr ...)*

.....

Załączniki do wniosku:

Do I etapu

- kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych lub w przypadku dziecka kopię orzeczenia o zaliczeniu do osób niepełnosprawnych,
 - dokument potwierdzający własność lub wieczyste użytkowanie budynku lub mieszkania, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych,
 - zgoda właściciela budynku (w koniecznych przypadkach),
 - potwierdzenie stałego zameldowania w lokalu lub budynku mieszkalnym, w którym ma nastąpić likwidacja barier,
 - aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające rodzaj niepełnosprawności, czy wnioskodawca ma trudności w poruszaniu się, *(załącznik nr 1)*
 - oświadczenie o dochodach netto za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wnioskodawcy i osób prowadzących wspólne gospodarstwo domowe z wnioskodawcą *(załącznik nr 2)*,
 - kopia dokumentu potwierdzającego prawo występowania w imieniu osoby niepełnosprawnej (np. jako: opiekun prawny, pełnomocnik)
 - klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych wnioskodawcy oraz osób udostępniających swoje dane *(załącznik nr 3)*,
- oraz do wglądu :
- dowód osobisty wnioskodawcy,

Do II etapu

- szkic mieszkania,
- projekt i kosztorys,
- pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach)
- przyjęte pełnomocnictwo inwestora zastępczego.

Termin składania wniosku – w każdym czasie

B. Adnotacje przyjmującego wniosek (wypełnia Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie)

.....

.....

I. Inwestor zastępczy (inspektor nadzoru) wybrany przez wnioskodawcę:

.....
(nazwa i dokładny adres z numerem kodu)

..... nr telefonu

** niepotrzebne skreślić*

II. Opinia merytoryczna co do poprawności rozwiązań technicznych i kosztów dotyczących likwidacji barier

Etap I

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

.....
(data i podpis)

Etap II

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

.....
(data i podpis)

III. Decyzja o przyznaniu dofinansowania

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

.....
(data i podpis)

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**DOTYCZĄCE ZASADNOŚCI LIKWIDACJI
BARIER ARCHITEKTONICZNYCH**

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Adres.....

Rodzaj schorzenia:

.....

.....

Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:.....

.....

.....

Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny:.....

.....

Pacjent wymaga likwidacji barier architektonicznych.

Uzasadnienie potrzeby likwidacji barier architektonicznych :

.....

.....

.....

.....
miejsowość, data

.....
pieczęć i podpis lekarza

OŚWIADCZENIE

Wnioskodawcy o dochodach we wspólnym gospodarstwie domowym

Imię i nazwisko Wnioskodawcy

Adres zamieszkania

Oświadczam, iż moje wspólne gospodarstwo domowe, tworzą następujące osoby:

Lp.	Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą	Rok urodzenia	Dochód *miesięczny / netto /	
			Rodzaj dochodu** lub liczba hektarów przeliczeniowych	wysokość
1.	WNIOSKODAWCA			
2.	<p style="text-align: center;">UWAGA!</p> <p>Nie należy wpisywać imion i nazwisk osób, z którymi prowadzi się wspólne gospodarstwo domowe. Należy podać tylko ich rok urodzenia, stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą i dochód miesięczny.</p>			
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
Ja bądź moi członkowie rodziny pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym posiadają gospodarstwo rolne <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK				
Łączny przeciętny miesięczny dochód rodziny /netto/:				

Oświadczam, że ja bądź moi członkowie rodziny pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym:

1) pobierają świadczenia z ośrodka pomocy społecznej NIE TAK (jakie?).....

.....

Oświadczam, że w kwartale poprzedzającym miesiąc, w którym składany jest wniosek **przeciętny miesięczny dochód***** przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowymwyniósł: złotych.

Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 Ustawy z dnia 06.06.1997 r. Kodeksu Karnego oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminują wniosek z dalszego rozpatrywania.

.....
data.....
czytelny podpis Wnioskodawcy/ przedstawiciela ustawowego/
opiekuna prawnego / pełnomocnika

* Jest to średni miesięczny dochód z kwartału poprzedzającego miesiąc złożenia wniosku w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych 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.

** Np.: praca, działalność gospodarcza, gospodarstwo rolne, renta, emerytura, itp., lub uczeń, student, brak dochodu.

*** Dochód łączny należy podzielić przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

UWAGA! Świadczenie pielęgnacyjne, zasiłek pielęgnacyjny, rodzinny i wychowawczy nie jest dochodem w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych.

.....
Oznaczenie Administratora

.....
Miejscowość, dnia

KLAUZULA informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych

Pani/Pana

(wnioskodawca/ strona/ przedstawiciel ustawowy/ opiekun prawny/ pełnomocnik*)

w sprawie o dofinansowanie dla

(imię i nazwisko wnioskodawcy)

z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 także RODO) informuję, że:

- 1) Administratorem Pani/Pana oraz dziecka/ podopiecznego/ mocodawcy* danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, w Mińsku Mazowieckim, ul. Konstytucji 3-go Maja 16, 05-300 Mińsk Mazowiecki.
- 2) Dane kontaktowe inspektora ochrony danych: renata@pcpr-minskmaz.pl
- 3) Pani/Pana oraz dziecka/ podopiecznego/ mocodawcy * dane osobowe przetwarzane będą w celu związanym z postępowaniem w sprawie ubiegania się o dofinansowanie z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a, b, c, e RODO
- 4) Odbiorcą Pani/Pana oraz dziecka/ podopiecznego/ mocodawcy* danych osobowych są organy lub podmioty upoważnione z mocy prawa do przetwarzania danych.
- 5) Pani/Pana oraz dziecka/ podopiecznego/ mocodawcy* dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
- 6) Pani/Pana oraz dziecka/ podopiecznego/ mocodawcy* dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, w szczególności ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.
- 7) Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz danych dziecka/ podopiecznego/ mocodawcy* oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, co do danych osobowych, których podanie jest dobrowolne - prawo do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody wyrażonej przed jej cofnięciem. Oświadczenie o cofnięciu zgody na przetwarzanie danych osobowych wymaga jego złożenia w formie pisemnej lub elektronicznej na adres mailowy sekretariat@pcpr-minskmaz.pl
- 8) Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana oraz dziecka/ podopiecznego/ mocodawcy* narusza przepisy RODO.
- 9) Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest:
 - warunkiem realizacji zadań przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Mińsku Mazowieckim i wynika z przepisów prawa,
 - dobrowolne, jednak niezbędne do załatwienia sprawy w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Mińsku Mazowieckim.

Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie niemożność realizacji zadań ustawowych lub niemożność uzyskania wsparcia oferowanego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Mińsku Mazowieckim.

Zapoznałam/em się w informacjami i pouczeniem zawartymi w niniejszej klauzuli. Przedmiotowe informacje są dla mnie zrozumiałe.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz dziecka/ podopiecznego/ mocodawcy* przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Mińsku Mazowieckim w celu realizacji obowiązków związanych z prowadzeniem postępowania w sprawie dofinansowania z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Data i podpis

* niepotrzebne skreślić