

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	
Imię/ drugie imię:	
Nazwisko:	
Pesel:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
ADRES ZAMIESZKANIA	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu/ Nr lokalu:	
Kod pocztowy/ Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> wieś <input type="checkbox"/> miasto
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

**DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**

Imię/ Drugie imię:	
Nazwisko:	
Pesel:	

<b>Data urodzenia:</b>	
<b>Płeć:</b>	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
<b>ADRES ZAMIESZKANIA</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu/ Nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy/ Poczta:</b>	
<b>Rodzaj miejscowości:</b>	<input type="checkbox"/> wieś <input type="checkbox"/> miasto
<b>Nr telefonu:</b>	
<b>OPIEKUN USTANOWIONY</b>	

Przedstawicielem ustawowym,

Opiekunem prawnym:

<b>Postanowieniem Sądu Rejonowego:</b>	
<b>z dnia:</b>	
<b>Sygnatura akt:</b>	

Pełnomocnikiem, na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza:

<b>Imię i nazwisko:</b>	
<b>z dnia:</b>	
<b>Repetitorium nr:</b>	

<b>STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:</b>	
<b>Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Stopień niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<b>Ważność orzeczenia:</b>	<input type="checkbox"/> bezterminowe <input type="checkbox"/> okresowe
<b>Numer orzeczenia:</b>	

<b>Grupa inwalidzka:</b>	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<b>Niezdolność:</b>	<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
<b>Rodzaj niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> 01-U <input type="checkbox"/> 02-P <input type="checkbox"/> 03-L <input type="checkbox"/> 04-O <input type="checkbox"/> 05-R <input type="checkbox"/> 06-E <input type="checkbox"/> 07-S <input type="checkbox"/> 08-T <input type="checkbox"/> 09-M <input type="checkbox"/> 11-I <input type="checkbox"/> 10-N <input type="checkbox"/> 12-C <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema
<b>Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia)</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

ŚREDNI DOCHÓD		
<b>Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:</b>	<input type="checkbox"/> indywidualne	<input type="checkbox"/> wspólne
<b>Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:</b>		
<b>Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:</b>		

SYTUACJA ZAWODOWA:
<input type="checkbox"/> <b>Zatrudniony/ prowadzący działalność gospodarczą</b> <input type="checkbox"/> <b>Osoba w wieku od 18 do 24 lat ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca</b> <input type="checkbox"/> <b>Bezrobotny poszukujący pracy</b> <input type="checkbox"/> <b>Rencista poszukujący pracy</b> <input type="checkbox"/> <b>Dzieci i młodzież do lat 18</b>

### **KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON**

Na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych ze środków finansowych PFRON w ciągu ostatnich 3 lat:  nie korzystałem  korzystałem

<b>CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON</b>				
<b><u>Cel</u></b> <b><u>dofinansowania:</u></b>	<b><u>Nr umowy</u></b>	<b><u>Data zawarcia</u></b> <b><u>umowy</u></b>	<b><u>Kwota</u></b> <b><u>dofinansowania</u></b>	<b><u>Stan rozliczenia</u></b>

### **Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU**

<b>PRZEDMIOT WNIOSKU</b>	
<b>Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:</b>	
<b>Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):</b>	
<b>Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:</b>	
<b>Co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:</b>	
<b>Deklarowane środki własne:</b>	
<b>Inne źródła finansowania:</b>	

### **WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ W CELU ZAKUPU BARIER**

<b>Wykaz planowanych przedsięwzięć:</b>	
---	--

<b>Miejsce realizacji zadania:</b>	
<b>Termin rozpoczęcia:</b>	
<b>Przewidywany czas realizacji:</b>	

### **FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH**

- Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

<b>Właściciel konta ( imię i nazwisko):</b>	
<b>Nazwa banku:</b>	
<b>Nr rachunku bankowego:</b>	

- Przekazem pocztowym,
- Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi.

### **OPIS BUDYNKU I MIESZKANIA**

<b>Budynek</b>	<input type="checkbox"/> dom jednorodzinny <input type="checkbox"/> wielorodzinny prywatny <input type="checkbox"/> wielorodzinny komunalny <input type="checkbox"/> wielorodzinny spółdzielczy
<b>Ilość pięter:</b>	<input type="checkbox"/> budynek parterowy <input type="checkbox"/> piętrowy <input type="checkbox"/> mieszkanie na piętrze ( którym?):
<b>Przybliżony wiek budynku lub rok budowy:</b>	
<b>Liczba pokoi:</b>	<input type="checkbox"/> + kuchnia <input type="checkbox"/> + łazienka <input type="checkbox"/> + wc
<b>Łazienka jest wyposażona w:</b>	<input type="checkbox"/> wannę <input type="checkbox"/> brodzik <input type="checkbox"/> kabinę prysznicową <input type="checkbox"/> umywalkę
<b>W mieszkaniu jest:</b>	<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

### **OŚWIADCZENIE**

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

**Uprzedzony/uprzedzona 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.**

<b>Miejscowość</b>	<b>Data</b>	<b>Podpis Wnioskodawcy</b>

**LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE:**

- kopia aktualnego dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność (znaczny/umiarkowany stopień lub równoważne),
- kopia orzeczenia o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z Wnioskodawcą,
- aktualne zaświadczenie lekarskie ( lekarz specjalista) zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, (nie jest wymagane , gdy symbolem przyczyny niepełnosprawności jest O5-R),
- udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu , w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (własność, umowa najmu),
- zgoda właściciela lokalu lub budynku, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych.
- po wizji lokalnej Wnioskodawca zobowiązany jest dostarczyć: - projekt i kosztorys, pozwolenie na budowę  
( w koniecznych przypadkach).

<b>Przyznano kwotę dofinansowania w wysokości:</b>	
<b>Umowa nr z dnia:</b>	
<b>Podpis i pieczętka pracownika przygotowującego umowę</b>	<b>Podpis i pieczętka Dyrektora PCPR</b>

## Informacja

### o przetwarzaniu danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Jarocinie\*

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Jarocinie, dalej PCPR Jarocin. Dane teleadresowe: ul. Dworcowa 2, 63-200 Jarocin, tel.: 62 505 46 06, e-mail: [pcpr@pcprjarocin.pl](mailto:pcpr@pcprjarocin.pl)
2. Funkcję Inspektora Ochrony Danych Osobowych pełni dr n. prawnych Bartosz Mendyk. Z Inspektorem można się kontaktować pod adresem [iod@powiat-jarocinski.pl](mailto:iod@powiat-jarocinski.pl).
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu weryfikacji i przyznania dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
4. Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych realizowane będzie na podstawie prawnej określonej przez art. 6 ust. 1 lit.c lub art. 9 ust. 2 lit. b RODO i wynikać będzie z przepisów prawa określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz innych aktach prawnych określających zadania i obowiązki do realizacji przez PCPR. Administrator nie planuje dalej przetwarzać danych osobowych w celu innym niż cel, w którym dane osobowe zostały zebrane.
5. Kategorie przetwarzanych danych osobowych: dane zwykłe( imię nazwisko, adres, PESEL), szczególne kategorie (wrażliwe)( informacja o stanie zdrowia).
6. Dostęp do Pani/Pana danych osobowych znajdujących się w PCPR Jarocin posiadają wyłącznie upoważnieni pracownicy i tylko w zakresie niezbędnym do realizacji obowiązków służbowych. Odbiorcami mogą być inne instytucje publiczne, w szczególności Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i tylko na podstawie obowiązujących przepisów prawa. Dane nie będą przekazane odbiorcy w państwie trzecim lub organizacji międzynarodowej.
7. Pani/Pana dane osobowe pozyskiwane mogą być z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
8. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany przepisami kancelaryjno – archiwalnymi obowiązującymi w PCPR Jarocin zgodnie z ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach tj. 10 lat.
9. Posiada Pani/Pan prawo (żądań):
  - dostępu do swoich danych,
  - w dowolnej chwili wycofać zgodę w tak łatwy sposób, jak jej udzielono,
  - do sprostowania (poprawiania) danych,
  - do ograniczenia przetwarzania danych,
  - wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych.Zakres Pani/Pana praw (żądań) jest ograniczony i wynika z obowiązków nałożonych przez przepisy prawa na administratora.
10. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym profilowane.
11. Posiada Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa) gdy uzna, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.
12. W przypadku kiedy Pani/Pan podajecie swoje dane osobowe do przetwarzania w celu przyznania dofinansowania likwidacji barier architektonicznych podanie danych jest obowiązkowe, a niepodanie danych spowoduje odmowę rozpatrzenia wniosku.

\* Obowiązek informacyjny wobec osób, które dane dotyczą, wynika z art. 13 Rozporządzenie 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 (RODO)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Wydane do wniosku o dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych

Prosimy wypełnić czytelnie

1. **IMIĘ I NAZWISKO** .....

2. **PESEL** .....

3. Zakres dysfunkcji pacjenta i ich wpływ na funkcjonowanie (opis)

.....  
.....

4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:

.....  
.....

5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy ( proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych/dolnych, na wysokości/od: .....	
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych/dolnych, objawiający się: .....	
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia .....	

....., dnia.....

(miejscowość)

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza