Data wpływu:
Nr sprawy:

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

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:	☐ mężczyzna ☐ kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA	
Nazwa pola	**Wartość**
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

Rodzaj miejscowości:	☐ miasto ☐ 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:	☐ mężczyzna ☐ 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:	☐ miasto ☐ wieś

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	
Nazwa pola	**Wartość**
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	☐ tak ☐ nie
Stopień niepełnosprawności:	☐ Znaczny ☐ Umiarkowany ☐ Lekki ☐ Nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	☐ bezterminowo ☐ okresowo – do dnia:
Numer orzeczenia:	
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

Rodzaj niepełnosprawności:	☐ 01-U – upośledzenie umysłowe ☐ 02-P – choroby psychiczne ☐ 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu ☐ osoba głucha ☐ osoba głuchoniema ☐ 04-O – narząd wzroku ☐ osoba niewidoma ☐ osoba głuchoniewidoma ☐ 05-R – narząd ruchu ☐ wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego ☐ dysfunkcja obu kończyn górnych ☐ 06-E – epilepsja ☐ 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia ☐ 08-T – choroby układu pokarmowego ☐ 09-M – choroby układu moczowo-płciowego ☐ 10-N – choroby neurologiczne ☐ 11-I – inne ☐ 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:	☐ tak ☐ nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	☐ 2 przyczyny ☐ 3 przyczyny

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:
☐ indywidualne ☐ wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:

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 dofinan-sowania	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	Wartość
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:	☐ dom jednorodzinny, ☐ wielorodzinny prywatny, ☐ wielorodzinny komunalny, ☐ wielorodzinny spółdzielczy
Ilość pięter:	☐ budynek parterowy, ☐ piętrowy, ☐ mieszkanie na piętrze (którym?):
Przybliżony wiek budynku lub rok budowy:	
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:	

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: .

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. 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.

Miejscowość	*Data*	*Podpis Wnioskodawcy*

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU	
Lp.	**Plik**

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU	
Lp.	**Plik**

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE
Lista

.....
(miejscowość, data)

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(nr PESEL)

OŚWIADCZENIE

o miejscu pobytu stałego

Zgodnie z art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2010 r. o ewidencji ludności (Dz. U. 2021 r., poz. 510), zgodnie z którym pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania oświadczam, że moim miejscem pobytu stałego jest:

.....
(adres miejsca pobytu stałego)

.....
(podpis)

....., dnia .....
miejscowość

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb PFRON – **likwidacja barier architektonicznych**
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

1.Imię i nazwisko Pacjenta .....

Data urodzenia .....

Miejsce zamieszkania .....

2.Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność ruchowa pacjenta dotyczy (*proszę zakreślić właściwe pole* □):

□	leżący nie będący w stanie poruszać się na wózku inwalidzkim , nawet przy pomocy osób trzecich	pieczątka i podpis lekarza
□	poruszający się na wózku inwalidzkim	pieczątka i podpis lekarza
□	poruszający się przy pomocy balkonika*, trójnogu* lub kul łokciowych	pieczątka i podpis lekarza
□ □	protezy: -kończyn górnych - kończyn dolnych	pieczątka i podpis lekarza
□ □	niepełnosprawność narządu wzroku Pacjenta: - niedowidzący - niewidomy	pieczątka i podpis lekarza
□	**schorzenia Pacjenta, które w swoich skutkach powodują znaczne ograniczenia w poruszaniu i przemieszaniu się:**	pieczątka i podpis lekarza

Uwagi dodatkowe:
.....
.....
.....
.....
.....

.....
pieczątka i podpis lekarza

* niepotrzebne skreślić

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

OPINIA LEKARSKA
DOTYCZĄCA ZASADNOŚCI LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH
(utrudnienia występujące w budynku i jego najbliższej okolicy, które z uwagi na rozwiązania techniczne, konstrukcyjne lub warunki użytkowania uniemożliwiają lub utrudniają swobodę w poruszaniu się)
DLA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres .....

Rodzaj schorzenia .....

.....
(diagnoza w języku polskim)

Osoba korzysta ze sprzętu ortopedycznego, wspomagającego poruszanie się. TAK ☐ NIE ☐

Rodzaj sprzętu (np. laska, kule, balkonik, wózek inwalidzki, proteza kończyn): .....

.....

Uzasadnienie celowości likwidacji barier architektonicznych oraz jego wpływ na poprawę sprawności psychofizycznej osoby niepełnosprawnej:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

....
miejscowość, data pieczątka i podpis lekarza

.....
(Miejscowość i data)

Wykonawca: .....

.....

Inwestor (wnioskodawca): .....

.....

KOSZTORYS PRZEDWYKONAWCZY

Lp.	Materiały	Powierzchnia	Cena jednostkowa [zł]	Wartość brutto [zł]
	RAZEM:			

Lp.	ZAKRES PRAC DO WYKONANIA	Powierzchnia	Cena jednostkowa [zł]	Wartość brutto [zł]
	RAZEM:			

.....
(podpis wykonawcy)

.....
(podpis wnioskodawcy)

INFORMACJA ADMINISTRATORA

O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

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)(dalej RODO), informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Węgorzewie z siedzibą przy ul. Gen. J. Bema 16a; 11-600 Węgorzewo, tel. (87) 427 06 40, reprezentowane przez Dyrektora- Annę Juszyńską
2. Współadministratorem Pana/Pani danych jest : Państwowy Fundusz Rehabilitacyjny Osób Niepełnosprawnych (PEFRON) AL. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.
3. Administrator powołał Inspektora ochrony danych osobowych Pani Hanna Drączkowska (e-mail: hannadraczkowska@gptogatus.pl) z którym może się Pan/Pani skontaktować w sprawie przetwarzania danych osobowych.
4. Cele przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna przetwarzania:
   Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c i art. 9 ust. 2 lit. b RODO w następujących celach:
   - Ustaleniem prawa i kontroli świadczeń otrzymywanych na podstawie Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 2021 r. poz. 159);
5. Pani /Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu : realizacji programu finansowanego ze środków PFRON.
6. Pani /Pana dane osobowe będą przekazywane współadministratorowi PFRON, który będzie przetwarzał je w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez PCPR w Węgorzewie oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.
7. Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane wyłącznie podmiotom uprawnionym do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
8. Pani/Pana dane będą przechowywane przez okres 10 lat od daty zakończenia sprawy zgodnie z przepisami o archiwizacji.
9. Przysługuje Pani/Panu prawo do żądania od administratora dostępu do własnych danych, ich sprostowania, usunięcia, lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu do przetwarzania danych.
10. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
11. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Niezbędne do uzyskania dofinansowania
12. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

Informację otrzymałam/-em:

..... (miejscowość, data)

..... (podpis wnioskodawcy/ opiekuna prawnego)

Węgorzewo, ... 202... r.

UPOWAŻNIENIE DO REPREZENTOWANIA

W nawiązaniu do wniosku dotyczącego **dofinansowania likwidacji barier architektonicznych** oświadczam, że wyrażam zgodę na reprezentowanie mnie w w/w sprawie przez:

.....

(imię i nazwisko osoby upoważnianej)

.....

(nr PESEL osoby upoważnianej)

w zakresie: złożenie wniosku, doniesienie i odbiór dokumentów, udzielanie informacji, składanie wyjaśnień, odbiór umowy/aneksu do podpisu.

.....

(podpis Wnioskodawcy)

Węgorzewo, ... 202... r.

OŚWIADCZENIE WŁAŚCICIELA/WSPÓŁWŁAŚCICIELA NIERUCHOMOŚCI

Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie:

.....

jako .....,
(właściciel, współwłaściciel) (lokalu, mieszkania, budynku, inne)

zam. ..... w .....,
(adres)

wyrażam zgodę na wykonanie prac adaptacyjnych w postaci .....
.....
.....

w celu **likwidacji barier architektonicznych** pod wyżej wskazanym adresem.

.....

(czytelny podpis Właściciela/Współwłaściciela)

ARCHITEKTONICZNE

WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW OBLIGATORYJNYCH:

1. Kserokopia* orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik.

2. Aktualne, CZYTELNIE WYPEŁNIONE zaświadczenie lekarskie, zawierające opis niepełnosprawności i szczegółową informację, jakie pacjent ma trudności w poruszaniu się.

3. Kserokopia* aktualnego dokumentu potwierdzającego tytuł prawny do lokalu, stale zamieszkiwanego przez osobę niepełnosprawną, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych: akt notarialny, umowa użytkowania wieczystego, przydział lokalu, umowa najmu na czas nieokreślony, potwierdzenie zameldowania na pobyt stały.

4. Wycena (kosztorys) prac związanych z likwidacją barier architektonicznych (np. wykonanie podjazdu, montaż platformy lub krzesełka schodowego, przystosowanie łazienki itp.) należy przedstawić indywidualną ofertę.

5. Kserokopie *decyzji o pobieraniu świadczeń z pomocy społecznej, jeśli takie występują.

6. Potwierdzenie wysokości osiąganych dochodów netto w okresie trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku (dotyczy Wnioskodawcy i osób wspólnie prowadzących gospodarstwo domowe).

7. Podpisana klauzula informacyjna.

WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW FAKULTATYWNYCH (jeśli dotyczą danej sytuacji):

1. Zgoda właściciela lokalu i/lub budynku na wykonanie prac związanych z likwidacją barier (jeżeli Wnioskodawca nie jest właścicielem).

2. Kserokopia* dokumentów potwierdzających niepełnosprawność członka wspólnego gospodarstwa domowego – jeżeli zaznaczono „są inne osoby niepełnosprawne" we wniosku.

3. W przypadku ustanowienia przez Sąd prawnego opiekuna – kserokopia* zaświadczenia Sądu lub w przypadku ustanowienia pełnomocnika – kserokopia* pełnomocnictwa notarialnego.

4. Pisemne upoważnienie dla osoby występującej w imieniu Wnioskodawcy (w przypadku jeżeli Wnioskodawca nie składa wniosku osobiście).

* UWAGA: PCPR może wezwać do okazania oryginałów dokumentów.