…….../……..
numer sprawy

| |
|---|
| |

pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

…….
data wpływu wniosku do PCPR w Gostyninie

**WNIOSEK**
**o przyznanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do likwidacji barier architektonicznych/technicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych**

**I. Dane dotyczące Wnioskodawcy**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Imię i Nazwisko: | | | |
| Data urodzenia: | seria i numer dowodu osobistego: | wydany w dniu: | przez: |
| | | | |
| PESEL | Numer telefonu: | Adres e-mail:* | |
| | | | |
| Adres zamieszkania: | | | |
| | | | |

* wyrażam zgodę na przesyłanie mi drogą elektroniczną informacji o programach i ulgach dla osób niepełnosprawnych …….

**IA. Wypełnia Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), Opiekun prawny lub Pełnomocnik.**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Imię i Nazwisko: | | | |
| Data urodzenia: | seria i numer dowodu osobistego: | wydany w dniu: | przez: |
| | | | |
| PESEL | Numer telefonu: | Adres e-mail: | |
| | | | |
| Adres zamieszkania: | | | |
| | | | |
| Ustanowiony opiekunem postanowieniem Sądu Rejonowego w ……. z dnia ……. Sygn. akt ……<br><br>Ustanowiony pełnomocnikiem postanowieniem Sądu Rejonowego w ……. na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez …….. z dnia …… | | | |

**II. Dane dotyczące niepełnosprawności (zaznaczyć właściwe).**

| | |
|---|---|
| 1. Stopień znaczny, | |
| • inwalidzi I grupy, | |
| • osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji, | |
| • osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny, | |
| • osoby w wieku do 16 roku życia z orzeczoną niepełnosprawnością | |
| 2. Stopień umiarkowany, | |
| • inwalidzi II grupy, | |
| • osoby całkowicie niezdolne do pracy, | |
| 3. Stopień lekki, | |
| • inwalidzi III grupy, | |
| • osoby częściowo niezdolne do pracy, | |
| • osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym nie przysługuje zasiłek pielęgnacyjny. | |
| Ważność orzeczenia: ☐ stała ☐ okresowa do ……. | |

**III. Rodzaj niepełnosprawności (zaznaczyć właściwe).**

| | |
|---|---|
| 1. Upośledzenie umysłowe | |
| 2. Choroby psychiczne | |
| 3. Dysfunkcja narządu głosu, mowy i choroby słuchu | |
| 4. Upośledzenie narządu wzroku | |
| 5. Upośledzenie narządu ruchu | |
| 5a. Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim | |
| 5b. Dysfunkcja kończyn górnych | |
| 6. Epilepsja | |
| 7. Choroby układu oddechowego | |
| 8. Choroby układu pokarmowego | |
| 9. Choroby układu moczowo-płciowego | |
| 10. Choroby neurologiczne | |
| 11. Inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego | |
| 12. całościowe zaburzenia rozwojowe np. autyzm (stopnie lekki, umiarkowany i znaczny) | |

**IV. Sytuacja zawodowa Wnioskodawcy (zaznaczyć właściwe).**

| | |
|---|---|
| 1. Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą | |
| 2. Bezrobotny poszukujący pracy/rencista poszukujący pracy | |
| 3. Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy | |
| 4. Osoba w wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca | |
| 5. Dzieci i młodzież do 18 roku życia | |

**V. Sytuacja mieszkaniowa Wnioskodawcy – zamieszkuje (zaznaczyć właściwe).**

| | |
|---|---|
| 1. Samotnie | |
| 2. Z rodziną | |
| 3. Z osobami nie spokrewnionymi | |

**VA. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i/lub mieszkania (* właściwe podkreślić)**

| |
|---|
| 1. Dom:* jednorodzinny, wielorodzinny prywatny, wielorodzinny komunalny, wielorodzinny spółdzielczy, inne …… |
| 2. Budynek:* parterowy, piętrowy , mieszkanie na …… (podać kondygnację). |
| 3. Przybliżony wiek budynku lub rok budowy …… |
| 4. Opis mieszkania:* pokoje…… (podać liczbę), z kuchnią, bez kuchni, z łazienką, bez łazienki , z WC, bez WC. |
| 5. Łazienka jest wyposażona w:* wannę, brodzik, kabinę prysznicową, umywalkę. |
| 6. W mieszkaniu jest:* instalacja wody zimnej, ciepłej, kanalizacja, centralne ogrzewanie, prąd, gaz. |
| 7. Inne informacje o warunkach mieszkaniowych:<br>……<br>…… |
| 8. Ocena warunków mieszkaniowych:* złe, przeciętne, dobre, bardzo dobre |

**VI. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON w ciągu ostatnich trzech lat przed złożeniem wniosku (*właściwe zaznaczyć).**

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON:* ☐ tak ☐ nie

| Cel przyznanego dofinansowania (nazwa programu i/lub nazwa zadania ustawowego) | Nr zawartej umowy | Data przyznanego dofinansowania | Przyznana kwota | Stan rozliczenia |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | Razem: | | |

**Posiadam/nie posiadam zobowiązań wobec Funduszu ……**
(jeśli tak, podać rodzaj i wysokość zobowiązań)

**VII. Informacje o przedmiocie dofinansowania.**

……
……
……
……

**VIII. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania.**

| Lp. | Nazwa | Cena |
|---|---|---|
| …… | …… | …… |
| …… | …… | …… |
| …… | …… | …… |
| …… | …… | …… |
| …… | …… | …… |
| …… | …… | …… |
| …… | …… | …… |
| …… | …… | …… |
| …… | …… | …… |
| …… | …… | …… |
| …… | …… | …… |
| | | Razem: …… |

**IX. Dokładne uzasadnienie wniosku – cel dofinansowania.**

……
……
……
……
……
……
……
……
……

**X. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania.**

**Termin rozpoczęcia zadania (podać miesiąc) …….**

**Czas realizacji zadania (określić w miesiącach) ……**

**XI. Wartość kosztorysowa zadania.**

| | |
|---|---|
| A. | Przewidywany łączny koszt realizacji zadania …… zł |
| B. | Własne środki przeznaczone na realizację zadania …… zł |
| C. | Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON …… zł<br>Kwota słownie: …… |

**Uwaga!**
Wnioskowana kwota dofinansowania (C) nie może być większa, niż 95% przewidywanego łącznego kosztu realizacji zadania (A) i nie może przekraczać wysokości piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia.

**XII. Oświadczenia i informacje dla Wnioskodawcy.**

1. Oświadczam, że posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego – co najmniej 5% ceny brutto zakupu urządzeń wraz z montażem lub wykonania usług z zakresu likwidacji barier – w zależności od przyznanej pomocy finansowej.

……..

(podpis Wnioskodawcy, Przedstawiciela ustawowego, Opiekuna prawnego, Pełnomocnika)

2. Oświadczam, że jestem świadomy faktu, iż dofinansowanie ze środków PFRON nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie.

……..

(podpis Wnioskodawcy, Przedstawiciela ustawowego, Opiekuna prawnego, Pełnomocnika)

3. Oświadczam, że posiadam/nie posiadam* zaległości wobec PFRON oraz, że w ciągu trzech lat przed dniem złożenia wniosku byłem(am)/nie byłem(am)* stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

……..

(podpis Wnioskodawcy, Przedstawiciela ustawowego, Opiekuna prawnego, Pełnomocnika)

*właściwe zaznaczyć

**UWAGA!**

Pouczony o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, wynikającej z art. 233 § 1 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks Karny (Dz. U. z 2019r. poz. 1950 ze zm.) oraz w związku z art. 75 Ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. – Kodeks Postępowania Administracyjnego (Dz. U. z 2019r. poz. 1133 z późn. zm.) oświadczam, że informacje zawarte we wniosku oraz w załącznikach do wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni od ich zaistnienia.

…….. ……..

(data) (podpis Wnioskodawcy, Przedstawiciela ustawowego, Opiekuna prawnego, Pełnomocnika)

## Klauzula informacyjna

Zgodnie z art.13 i 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 16.04.2016r. 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:

- administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Gostyninie, ul. Ozdowskiego 1A, 09-500 Gostynin;
- w sprawach z zakresu ochrony danych osobowych może Pani/Pan kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: sekretariat@pcprgostynin.eu lub listownie;
- administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust.1 lit.c) RODO, tj. w celu niezbędnym do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, co z ustawy z dnia 27.08.1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, oraz aktów wykonawczych do w/w ustawy;
- dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, w sytuacji gdy wynika to bezpośrednio z przepisów prawa;
- administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z przepisami o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz.U. z 2018r. poz. 2017 ze zm.) i jednolitym rzeczowym wykazie akt obowiązującym w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Gostyninie;
- osoba, której dane dotyczą ma prawo do:
  - dostępu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawiania, sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz przenoszenia swoich danych, także w przypadku przewidzianym prawem;
  - prawo do usunięcia danych i prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Państwa danych;
  - wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku gdy przetwarzanie danych odbywa się z naruszeniem przepisów powyższego rozporządzenia Prezesa Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
- w sytuacji, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, podanie przez Panią/Pana danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny;
- podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe, w sytuacji gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa.

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

Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej.

…….. ……..

(data) (podpis Wnioskodawcy, Przedstawiciela ustawowego, Opiekuna prawnego, Pełnomocnika)

**XIII. Załączniki do wniosku (wymagane przy składaniu wniosku), etap I.**

| Lp. | Nazwa załącznika | Dołączono do wniosku | Wypełnia PCPR | |
|---|---|---|---|---|
| | | | Uzupełniono | Data uzupełnienia |
| 1. | Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego, a w przypadku dzieci do lat 16-stu kopia orzeczenia o zaliczeniu do osób niepełnosprawnych. | | | |
| 2. | Kopie orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z Wnioskodawcą (o ile dotyczy). | | | |
| 3. | Aktualne zaświadczenie lekarskie (ważne 30 dni od dnia wystawienia), potwierdzające trudności w poruszaniu się i konieczność likwidacji bariery architektonicznej /technicznej (załącznik nr 1). | | | |
| 4. | Udokumentowana podstawa prawna budynku/lokalu mieszkalnego, potwierdzająca własność lub użytkowanie wieczyste nieruchomości (aktualny odpis z księgi wieczystej). | | | |
| 5. | Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów netto w przeliczeniu na jednego członka rodziny, obliczonych za rok poprzedzający rok złożenia wniosku (załącznik nr 2). | | | |
| 6. | Potwierdzenie zameldowania na pobyt stały w miejscu likwidacji bariery architektonicznej/technicznej. | | | |
| 7. | Zgoda właściciela budynku/lokalu mieszkalnego, w którym osoba niepełnosprawna stale zamieszkuje – dotyczy tylko likwidacji barier architektonicznych (załącznik nr 3). | | | |
| 8. | Dokumenty potwierdzające osiągane dochody wszystkich członków wspólnego gospodarstwa domowego. | | | |
| 9. | Co najmniej 3 oferty (faktury pro-forma) na zakup przedmiotu dofinansowania – w przypadku likwidacji bariery technicznej. | | | |
| 10. | Co najmniej 3 oferty (faktury pro-forma) na zakup materiałów budowlanych – w przypadku ubiegania się jedynie o dofinansowanie do zakupu materiałów w związku z likwidacją bariery architektonicznej. | | | |
| 11. | Inne dokumenty:<br>a) ……<br>b) …….. | | | |

**XIV. Załączniki do wniosku – etap II.**

| Lp. | Nazwa załącznika | Dołączono do wniosku | Wypełnia PCPR | |
|---|---|---|---|---|
| | | | Uzupełniono | Data uzupełnienia |
| 1. | Kosztorys ofertowy. | | | |
| 2. | Projekt budowlany, pozwolenie na budowę, zgłoszenie w przepisach prawa budowlanego (w koniecznych przypadkach). | | | |
| 3. | Inne dokumenty:<br>a) ……<br>b) …….. | | | |

Załącznik nr 1

..... ……., dnia ……

Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

# Z A Ś W I A D C Z E N I E  L E K A R S K I E

dla celów związanych z ubieganiem się przez osobę niepełnosprawną w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Gostyninie o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych/technicznych

**(prosimy wypełnić czytelnie)**

Imię i nazwisko pacjenta: .....

PESEL: .....

**I. Rozpoznanie choroby zasadniczej:**

.....

.....

**II. Przyczyna niepełnosprawności (proszę zakreślić właściwe pole ☐)*:**

☐ upośledzenie umysłowe,
☐ choroby psychiczne,
☐ zaburzenia głosu, mowy,
☐ choroby słuchu,
☐ choroby narządu wzroku,
☐ choroby narządu ruchu,
☐ epilepsja,
☐ choroby układu oddechowego i krążenia,
☐ choroby układu pokarmowego,
☐ choroby układu moczowo-płciowego,
☐ choroby neurologiczne,
☐ inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego,
☐ całościowe zaburzenia rozwojowe.

**III. Opis niepełnosprawności związany z trudnościami w poruszaniu się (proszę zakreślić właściwe pole):**

☐ osoba leżąca wymagająca opieki innych osób,
☐ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim,
☐ osoba poruszająca się przy pomocy balkonika, trójnogu, kul, itp.,
☐ osoba z dysfunkcją kończyn (proszę wskazać, których kończyn dotyczą dysfunkcje oraz scharakteryzować te dysfunkcje)……
☐ osoba zaopatrzona w protezy:
☐ kończyn górnych,
☐ kończyn dolnych,
☐ osoba z dysfunkcją narządu wzroku:
☐ niedowidząca,
-☐ niewidoma,
☐ inne dysfunkcje utrudniające poruszanie się (opisać jakie):……..

**IV. Wnioskodawca**

☐ **nie wymaga** likwidacji bariery architektonicznej/technicznej,
☐ **wymaga** likwidacji bariery architektonicznej/technicznej*

**V. Charakterystyka choroby (np.: trudności w poruszaniu się) oraz ewentualne potrzeby związane z likwidacją bariery architektonicznej/technicznej:**

.....

.....

……...

..... .....

( data) (pieczątka i podpis lekarza)

*właściwe zaznaczyć

Załącznik nr 2

**OŚWIADCZENIE**
**o wysokości dochodów**

dla: Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Gostyninie w celu uzyskania dofinansowania do likwidacji barier technicznych/architektonicznych.

Ja, niżej podpisany(a) ……,
(Imię i Nazwisko Wnioskodawcy)

zamieszkały(a) ……..,
(Adres zamieszkania)
oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

| Lp. | Imię | Nazwisko | Data urodzenia | Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą | Średni miesięczny dochód netto, obliczony za rok poprzedzający rok złożenia wniosku | Rodzaj dochodu |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Dane dotyczące Wnioskodawcy: | | | | | | |
| 1. | | | | | | |
| Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego: | | | | | | |
| 2. | | | | | | |
| 3. | | | | | | |
| 4. | | | | | | |
| 5. | | | | | | |
| 6. | | | | | | |

Oświadczam, że:
1. Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: ……..
2. W roku podatkowym, poprzedzającym rok złożenia wniosku średni miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wyniósł …… zł.
3. Powyższy dochód nie jest obciążony z tytułu wyroków sądowych lub innych tytułów.
4. W przypadku jakiejkolwiek zmiany wysokości dochodów, dostarczę do PCPR w Gostyninie niezbędną dokumentację potwierdzającą ten dochód.

**Pouczony o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, wynikającej z art. 233 § 1 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks Karny (Dz. U. z 2019r. poz. 1950 ze zm.), prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.**

…….. ……
(miejscowość, data) (podpis Wnioskodawcy, Przedstawiciela ustawowego, Opiekuna prawnego, Pełnomocnika)

Załącznik nr 3

**ZGODA WŁAŚCICELA DOMU/MIESZKANIA**

Ja, niżej podpisany …….....
(Imię i nazwisko właściciela budynku mieszkalnego)

legitymujący(a) się dowodem osobistym …….
(seria i numer dowodu osobistego)

będąc właścicielem domu/mieszkania ……
(adres)

Wyrażam zgodę na likwidację barier architektonicznych, polegających na przystosowaniu domu/mieszkania do niepełnosprawności mojego/mojej:

…….
(stopień pokrewieństwa)

…….
(Imię i Nazwisko osoby niepełnosprawnej)

Zaświadczam również, że osoba niepełnosprawna zamieszkuje w nieruchomości , której jestem właścicielem od …… lat.
Zajmuje ona ……
…….
(podać liczbę pokoi)

……..
(czytelny podpis właściciela domu/mieszkania)

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, że:

- administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Gostyninie, adres: ul. Ozdowskiego 1a, 09-500 Gostynin;
- W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych może Pan/Pani kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: sekretariat@pcprgostynin.eu lub listownie;
- administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, tj. w celu niezbędnym do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, co wynika z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz aktów wykonawczych do w/w ustawy;
- dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, w sytuacji gdy wynika to bezpośrednio z przepisów prawa;
- administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach odrębnych, w tym przepisów archiwalnych.
- Osoba, której dane dotyczą ma prawo do:

  - dostępu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawiania, sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz do przenoszenia swoich danych, a także - w przypadkach przewidzianych prawem;

  - prawo do usunięcia danych i prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Państwa danych;

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

- W sytuacji, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, podanie przez Pana/Panią danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny.
- Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest obowiązkowe, w sytuacji gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa.

Ponadto informujemy, iż w związku z przetwarzaniem Pana/Pani 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 zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej.

……