

Nr sprawy ZRSON.....

**WNIOSEK**

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
likwidacji barier architektonicznych  
w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych**  
(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)

.....  
(data wpływu do PCPR)

**Dane personalne Wnioskodawcy/dziecka/podopiecznego oraz adres zamieszkania:**

Imię/imiona i nazwisko .....

data urodzenia ..... nr PESEL .....

adres zamieszkania: kod pocztowy .....-.....

miejsowość..... ulica .....nr domu ..... nr lokalu .....

nr tel. .... adres e-mail .....

Nazwa banku i numer rachunku bankowego.....

Adres korespondencyjny .....

**Dane przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego wnioskodawcy)/opiekuna prawnego/  
pełnomocnika:**

Imię/imiona i nazwisko.....

data urodzenia ..... nr PESEL .....

adres zamieszkania: kod pocztowy .....-.....

miejsowość..... ulica ..... nr domu ..... nr lokalu .....

nr tel. .... adres e-mail .....

ustanowiony Opiekunem prawnym/Pełnomocnikiem\* .....

postanowieniem Sądu Rejonowego .....z dnia .....

sygn. akt. .... / na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego  
przez Notariusza: .....z dnia ..... repert. nr.....

*\*niepotrzebne skreślić*

## Informacje o Wnioskodawcy/dziecku/podopiecznym:

### I. Stopień niepełnosprawności (wypełnić zgodnie z posiadany orzeczeniem wstawiając x we właściwej rubryce)

1	osoba w wieku do 16 roku życia posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności	
2	znaczny	
3	umiarkowany	
4	lekki	
5	I grupa inwalidzka	
6	II grupa inwalidzka	
7	III grupa inwalidztwa	
8	osoba całkowicie niezdolna do pracy i niezdolna do samodzielnej egzystencji	
9	osoba niezdolna do samodzielnej egzystencji	
10	osoba całkowicie niezdolna do pracy	
11	osoba częściowo niezdolna do pracy	
12	osoba o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, której przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
13	osoba o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, której nie przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	

### II. Rodzaj niepełnosprawności (wstawić x we właściwej rubryce)

1	01-U - upośledzenie umysłowe	
2	02-P - choroby psychiczne	
3	03-L - zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	
	osoba głucha	
	osoba głuchoniema	
4	04-O - narząd wzroku	
	osoba niewidoma	
	osoba głuchoniewidoma	
5	05-R - narząd ruchu	
	wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego	
	wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy kul, przy balkoniku	
	dysfunkcja obu kończyn górnych	
	dysfunkcja obu kończyn dolnych	
	dysfunkcja jednej kończyny górnej	
dysfunkcja jednej kończyny dolnej		
6	06-E - epilepsja	
7	07-S - choroby układu oddechowego i krążenia	
8	08-T - choroby układu pokarmowego	
9	09-M - choroby układu moczowo-płciowego	
10	10-N – choroby neurologiczne	
11	11-I - inne	
12	12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe	

### III Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym (w tym osoby niepełnosprawne)

	Stopień pokrewieństwa	Stopień niepełnosprawności	Rodzaj niepełnosprawności
1			
2			
3			
4			
5			

### IV. Sytuacja zawodowa (wstawić x we właściwej rubryce)

1	zatrudniony/ prowadzący działalność gospodarczą	
2	osoba w wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca	
3	bezrobotny poszukujący pracy	
4	rencista poszukujący pracy	
5	rencista/ emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy	
6	dzieci i młodzież do lat 18	
7	inne/jakie?	

### V. Opis budynku, mieszkania:

1. dom jednorodzinny, wielorodzinny prywatny, wielorodzinny komunalny, wielorodzinny spółdzielczy\*,
2. budynek parterowy, piętrowy, mieszkanie na :..... piętrze (którym)\*,
3. przybliżony wiek budynku lub rok budowy.....
4. opis mieszkania: liczba pokoi: ....., z kuchnią, bez kuchni, z łazienką, bez łazienki, z wc, bez wc\*,
5. łazienka wyposażona jest 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 .....

*\*niepotrzebne skreślić*

### VI. Miejsce realizacji zadania:.....

.....

**VII. Cel dofinansowania** (przewidywany efekt likwidacji bariery architektonicznej należy uzasadnić, że realizacja zadania zlikwiduje utrudnienia występujące w budynku i w jego najbliższej okolicy):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**VIII. Termin rozpoczęcia zadania i przewidywany czas realizacji zadania:**

termin rozpoczęcia zadania	
przewidywany czas realizacji	

**IX. Przedmiot dofinansowania:**

Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier architektonicznych	przewidywany koszt
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
	RAZEM:

**X. Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):** .....zł

1	deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania	%
2	oczekiwany % dofinansowania ze środków PFRON (do 95% kosztów przedsięwzięcia)	%
Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania		.....zł
Słownie zł:		

**XI. 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:**

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

**XII. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania:**

.....  
.....

**XIII. Forma przekazania środków finansowych:**

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Właściciel konta (imię i nazwisko)	
Nazwa banku	
Nr rachunku bankowego	

Przekazem pocztowym.

Przelew na konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi.

**XIV. Informacja o kwotach przyznanych wcześniej środków PFRON:**

Na likwidację barier architektonicznych/w komunikowaniu się/technicznych ze środków PFRON:  nie korzystałem/am  korzystałem/am:

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

## OŚWIADCZENIA

1. **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 .....
2. **Oświadczam**, że mam zaległości wobec Funduszu lub w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  
 tak       nie      (zaznaczyć właściwe)
3. **Oświadczam**, że zostałem/am poinformowany/a, iż dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.

*Wysokość dofinansowania likwidacji barier architektonicznych ze środków PFRON wynosi do 95% kosztów przedsięwzięcia, nie więcej jednak niż do wysokości piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia. Minimalny udział Wnioskodawcy do likwidacji barier architektonicznych wynosi 5%.*

„Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8” - art. 233 § 1 i § 2 Kodeksu Karnego z dn. 6 czerwca 1997r.

Uprowadzony/a 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.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(czytelny podpis Wnioskodawcy/ Przedstawiciela ustawowego/  
Opiekuna prawnego/ Pełnomocnika\* )

*\*niepotrzebne skreślić*

**Załączniki do wniosku:**

1. Kserokopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności, o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego.
2. Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – dotyczy opiekunów prawnych; pełnomocnictwa notarialnego.
3. Zaświadczenie od lekarza stwierdzające rodzaj dysfunkcji (w szczególności w zakresie trudności w poruszaniu się) i wskazujące na potrzebę i celowość wykonania prac związanych z likwidacją bariery architektonicznej.
4. Kserokopia dokumentu potwierdzającego tytuł prawny do budynku/lokalu (np.: akt własności, wypis z ksiąg wieczystych), w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych.
5. Pisemna zgoda właściciela/właścicieli budynku lub lokalu mieszkalnego na likwidację bariery architektonicznej w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.
6. Potwierdzenie zameldowania na pobyt stały (w uzasadnionych przypadkach).
7. Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Sławnie.

## KLAUZULA INFORMACYJNA

### **przetwarzania danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Sławnie.**

Zgodnie z art. 13 ust.1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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 (RODO) informujemy, że z dniem 25 maja 2018r.:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą przy ul. Sempołowskiej 2A, 76-100 Sławno jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie.  
Administrator powołał **Inspektora Ochrony Danych (IOD)** Pana Andrzeja Popielarza, z którym skontaktować się można mailowo: [a.popielarz@pcprslawno.pl](mailto:a.popielarz@pcprslawno.pl) lub telefonicznie: 59 810 64 02.
2. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych jest wykonanie obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są wyłącznie w celu realizacji zadań ustawowych realizowanych w powiecie sławieńskim przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Sławnie.
4. Podanie danych osobowych jest wymogiem wynikającym z przepisów prawa. Konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości realizacji Pani/Pana sprawy.
5. Pani/Pana dane będą przechowywane nie dłużej niż jest to konieczne zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa w tym Jednolitym rzeczowym wykazem akt.
6. Administrator przekaze Pani/Pana dane wyłącznie podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.
7. Administrator nie zamierza przekazywać Pani/Pana danych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych.
8. Ma Pani/Pan prawo żądać od Administratora dostępu do swoich danych, ich sprostowania, przenoszenia i usunięcia oraz ograniczenia przetwarzania danych jak również prawo wycofać zgodę na przetwarzanie danych w dowolnym momencie co nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
9. W związku z przetwarzaniem danych osobowych przez Administratora przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
10. W oparciu o Pani/Pana dane osobowe Administrator nie będzie podejmował zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.