

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

##### ROLA WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> We własnym imieniu <input type="checkbox"/> Jako rodzic <input type="checkbox"/> Jako opiekun prawny <input type="checkbox"/> Jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczanego notarialnie <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczanego notarialnie
Postanowieniem Sądu:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	
Imię i nazwisko notariusza:	
Repertorium nr:	
Zakres pełnomocnictwa:	<input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie <input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania <input type="checkbox"/> do zawarcia umowy <input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku <input type="checkbox"/> do złożenia wniosku <input type="checkbox"/> inne

##### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	

<b>Data urodzenia:</b>	
<b>Płeć:</b>	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

### ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Wartość
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Gmina:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	
<b>Rodzaj miejscowości:</b>	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
<b>Nr telefonu:</b>	
<b>Adres e-mail:</b>	

### ADRES KORESPONDENCYJNY

Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Wartość
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Gmina:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	

**DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś

**STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

Nazwa pola	Wartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<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>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
<b>Numer orzeczenia:</b>	
<b>Grupa inwalidzka:</b>	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <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 – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne <input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe
<b>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:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

<b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 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 dofinansowania	Stan rozliczenia

## Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

### PRZEDMIOT WNIOSKU

Nazwa pola	Wartość
<b>Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:</b>	
<b>Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):</b>	
Słownie:	
<b>Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:</b>	
Słownie:	
<b>co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:</b>	

<b>Deklarowane środki własne:</b>	
<b>Inne źródła finansowania:</b>	
<b>Cel dofinansowania i uzasadnienie:</b>	

### WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER

Nazwa pola	Wartość
<b>Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:</b>	
<b>Miejsce realizacji zadania:</b>	
<b>Termin rozpoczęcia:</b>	
<b>Przewidywany czas realizacji:</b>	

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

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
<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
<b>Inne informacje o warunkach mieszkaniowych:</b>	

## 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

**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 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.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych.

### **Informacje o przetwarzaniu danych osobowych – klauzula informacyjna**

Zgodnie z art. 13 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, Dz.U.UE.L.2016.119.1) informuję, że:

1. Administratorem Pani/a danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą przy ulicy Podchorążych 15, 58-508 Jelenia Góra reprezentowane przez Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Jeleniej Górze –Ewelinę Wójcik.
2. We wszelkich sprawach związanych z Pani/a danymi osobowymi proszę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych –Panem dr. Adamem Harężą, za pośrednictwem poczty elektronicznej na poniższy adres e-mail: [pcpr@pcpr.igora.pl](mailto:pcpr@pcpr.igora.pl) lub pisemnie na adres **Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Podchorążych 15, 58-508 Jelenia Góra.**
3. Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu:
  - A) realizacji obowiązków prawnych wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 2023 poz. 100 ze zm.) oraz aktach wykonawczych do tej ustawy, zgodnie z art. 6 ust.1lit. c, e RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO,
  - B) wykonywania innych obowiązków prawnych w zakresie archiwizowania danych zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c RODO.
4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą upoważnieni pracownicy Administratora oraz podmioty na podstawie przepisów prawa w celu prawidłowej realizacji usług.
5. Dane osobowe Pani/Pana nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy lub organizacji międzynarodowej.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane według obowiązującej instrukcji kancelaryjnej oraz Jednolitego Rzeczonego Wykazu Akt obowiązujących u Administratora.
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo do ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu, usunięcia oraz przenoszenia danych. Jeśli podstawę przetwarzania stanowi zgoda, posiada Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
8. W celu uzyskania kopii danych proszę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych.
9. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana narusza przepisy Rozporządzenia.
10. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Jest Pani/Pan zobowiązana/zobowiązany do ich podania, a nie podanie danych osobowych w wymaganym zakresie będzie skutkowało pozostawieniem sprawy bez rozpatrzenia.

**Zostałam/em poinformowana/y, iż złożony przez mnie wniosek został przyjęty i zarejestrowany, natomiast rozpatrzony będzie po otrzymaniu środków finansowych PFRON.**

**Przyjmowanie i rozpatrywanie przez Centrum wniosków o dofinansowanie odbywa się na bieżąco do czasu wyczerpania limitu środków na bieżący rok.**

#### **Informacja dodatkowa – dokumenty dołączasz do wniosku w formie:**

1. skanu – w przypadku składania wniosku drogą elektroniczną w Systemie Obsługi Wsparcia finansowego ze środków PFRON (SOW),
2. kopii – w przypadku składania wniosku tradycyjnie, z wyjątkiem oświadczeń, które załączasz w oryginale.

**Ważne:** jednostka udzielająca wsparcia ma możliwość wezwać cię do okazania oryginału dokumentu.

## ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

### Plik

1. **Kopia orzeczenia**, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27.08.1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych / Dz. U. z 2023 r. poz. 100, z późn. zm./,
2. Jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu, należy dołączyć aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności,
3. Udokumentowana podstawa prawna własności lokalu lub podstawa zamieszkiwania w lokalu komunalnym, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (**akt własności, wypis z ksiąg wieczystych, umowa najmu**),
4. **Zgoda właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego, w którym będą znoszone bariery i wykonywane prace remontowo-budowlane, jeżeli taka zgoda jest wymagana,**
5. **Kosztorys szacunkowych kosztów prac budowlanych związanych z dostosowaniem pomieszczenia i likwidacją barier architektonicznych sporządzony przez wybraną firmę,**
6. Szkic pomieszczeń (z opomiarowaniem obszaru podłogi oraz szerokością drzwi), w których ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych – uwzględniając stan obecny oraz stan po likwidacji barier architektonicznych,
7. **Szczegółowy opis sytuacji życiowej wnioskodawcy wraz z opisem** barier uniemożliwiających osobie niepełnosprawnej samodzielne funkcjonowanie. Bariery architektoniczne to wszelkie utrudnienia występujące w budynku i w jego najbliższej okolicy, które ze względu na rozwiązania techniczne, konstrukcyjne lub warunki użytkowania uniemożliwiają lub utrudniają swobodę ruchu osobom niepełnosprawnym

### UWAGA

Jeżeli przedmiotem dofinansowania jest np. budowa podjazdu do budynku mieszkalnego lub dobudowa windy – należy, w zależności od kwestii własności budynku lub ziemi:

- wystąpić do wydziału architektury urzędu gminy/dzielnicy o wydanie decyzji o warunkach zabudowy i zagospodarowania terenu,
- przedstawić zgodę właściciela gruntu na budowę podjazdu (gdy właścicielem jest gmina, należy uzyskać dzierżawę tego terenu),
- po uzyskaniu pozytywnej decyzji złożyć w tym samym urzędzie projekt architektoniczno-budowlany podjazdu,
- uzyskać pozwolenie na budowę.

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) nie zwraca kosztów poniesionych w związku z pracami wykonanymi przed zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.

*Miejscowość*

*Data*

*Podpis Wnioskodawcy*