

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 dofinansowania	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.

Upředzony/upředzona 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.

<i>Miejscowość</i>	<i>Data</i>	<i>Podpis Wnioskodawcy</i>

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier architektonicznych	
Lp.	Plik
1	Uzasadnienie wniosku (załącznik nr 1 do wniosku)
2	Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia (załącznik nr 2 do wniosku)
3	Oświadczenie dotyczące ochrony danych osobowych (w załączeniu)
4	Orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne
5	Aktualny odpis zwykły z księgi wieczystej nieruchomości, a w przypadku braku księgi wieczystej zaświadczenie ze spółdzielni stwierdzające kto jest właścicielem nieruchomości
6	Zgoda właściciela lub współwłaścicieli nieruchomości na przeprowadzenie robót związanych z likwidacją barier architektonicznych określonych we wniosku
7	Aktualny dokument z Urzędu Gminy potwierdzający stałe zameldowanie wnioskodawcy
8	Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania np. przez fundację itp.
9	Kopia dokumentu upoważniającego do działania w imieniu wnioskodawcy w przypadku: - osoby małoletniej – skrócony odpis aktu urodzenia - osoby ubezwłasnowolnionej – zaświadczenie z sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego - osoby reprezentowanej przez pełnomocnika – pełnomocnictwo notarialne
10	Inwentaryzacja stanu istniejącego pomieszczenia, w którym ma nastąpić likwidacja barier (z obmiarami) sporządzona przez osobę ze stosownymi w tym zakresie uprawnieniami, a w koniecznych przypadkach - projekt techniczny
11	Rysunek techniczny pomieszczenia z uwzględnieniem rozwiązań proponowanych we wniosku i kosztorysie (z obmiarami, zaznaczeniem wymiarów poszczególnych urządzeń i uchwytów oraz zaznaczeniem odległości pomiędzy urządzeniami higienicznosanitarnymi i uchwytami) sporządzony przez osobę ze stosownymi w tym zakresie uprawnieniami, a w koniecznych przypadkach - projekt techniczny
12	Szczegółowy kosztorys ofertowy sporządzony według KNR (z przedmiarem robót i obmiarami) dotyczący likwidacji barier architektonicznych i zakresu robót określonego we wniosku, podpisany przez osobę sporządzającą

INFORMACJA DODATKOWA
Załączniki do wniosku należy przedłożyć w formie: ➤ skanu – w przypadku składania wniosku drogą elektroniczną w systemie SOW, ➤ kopii – w przypadku składania wniosku w wersji papierowej, z wyjątkiem oświadczeń i zaświadczeń, które należy przedłożyć w oryginale. Ważne: jednostka udzielająca wsparcia ma możliwość wezwać wnioskodawcę do okazania oryginału dokumentu

Uwaga!

Informujemy, że dofinansowanie ze środków PFRON nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.

UZASADNIENIE DO WNIOSKU
Należy określić z jakimi barierami architektonicznymi w miejscu zamieszkania boryka się Wnioskodawca oraz w jaki sposób realizacja wniosku przyczyni się do likwidacji barier w tym zakresie*

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

* Przez bariery architektoniczne należy rozumieć 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.

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta.....

Adres zamieszkania

Data urodzenia PESEL

Rozpoznanie choroby zasadniczej będącej przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności:

.....
.....

Rodzaj niepełnosprawności (zakreślić właściwe):

☐	dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	podpis lekarza
☐	dysfunkcja narządu ruchu bez konieczności poruszania się na wózku inwalidzkim	podpis lekarza
☐	wrodzony brak lub amputacja kończyn	podpis lekarza
☐	inna dysfunkcja narządu ruchu	podpis lekarza
☐	choroba neurologiczna	podpis lekarza
☐	dysfunkcja narządu wzroku	podpis lekarza
☐	inna	podpis lekarza

Używane przedmioty ortopedyczne:

.....
miejscowość

.....
data

.....
pieczętka i podpis lekarza

Oświadczenie dotyczące ochrony danych osobowych

Oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a, że:

1. Administratorem przekazanych danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku, ul. Sienkiewicza 20, 76-200 Słupsk**;
2. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można kontaktować się e-mailowo: **cuw.iod@powiat.slupsk.pl**;
3. Administrator danych przetwarza dane osobowe w celu realizacji złożonego wniosku i obowiązków wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
4. Podstawą przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit c 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);
5. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i osoba, której dane dotyczą, jest zobowiązana do ich podania. Odmowa podania danych osobowych skutkować będzie konsekwencjami określonymi w ustawie wskazanej w pkt 3;
6. Dane osobowe przetwarzane będą przez okres wynikający z przepisów określonych w pkt 3 oraz z obowiązku ich archiwizowania;
7. Osoby, których dane osobowe są przetwarzane, posiadają prawo dostępu do danych osobowych dotyczących ich osoby, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych, w sytuacjach dopuszczonych przez przepisy obowiązującego prawa;
8. Osoby, których dane osobowe są przetwarzane mają prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
9. Dane osobowe, które są przetwarzane w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Słupsk, dnia.....

.....
(podpis osoby ubiegającej się o świadczenie)

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON				
Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy