

Data wpływu:
Nr wniosku:.....



WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
likwidacji barier architektonicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób
niepełnosprawnych

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

Imię:.....

Drugie imię:.....

Nazwisko:.....

PESEL:.....

Data urodzenia:.....

Płeć mężczyzna kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA

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

Inny

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Imię:.....

Drugie imię:.....

Nazwisko:.....

PESEL:.....

Data urodzenia:.....

Płeć mężczyzna kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

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:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grup <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność:	<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
Rodzaj niepełnosprawności:	<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

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:.....

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

Nazwa pola	Wartość
Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:	
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:	
co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:	
Deklarowane środki własne:	
Inne źródła finansowania:	
Cel dofinansowania:	

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:	

Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek

.....

OPIS BUDYNKU/MIESZKANIA

Nazwa pola	Wartość
Budynek:	<input type="checkbox"/> dom jednorodzinny, <input type="checkbox"/> wielorodzinny prywatny, <input type="checkbox"/> wielorodzinny komunalny, <input type="checkbox"/> wielorodzinny spółdzielczy
Ilość pięter:	<input type="checkbox"/> budynek parterowy, <input type="checkbox"/> piętrowy, <input type="checkbox"/> mieszkanie na piętrze (którym?):
Przybliżony wiek budynku lub rok budowy:	
Liczba pokoi:	Liczba pokoi W budynku/mieszkaniu znajduje się: <input type="checkbox"/> kuchnia <input type="checkbox"/> łazienka <input type="checkbox"/> wc
Łazienka jest wyposażona w:	<input type="checkbox"/> wannę <input type="checkbox"/> brodzik <input type="checkbox"/> kabinę prysznicową <input type="checkbox"/> umywalkę
W mieszkaniu jest:	<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
Inne informacje o warunkach mieszkaniowych:	

I. Forma Przekazania środków finansowych

Właściciel konta (imię i nazwisko):.....

Nazwa banku:.....

Nr rachunku bankowego.....

- konto wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

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

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. Kodeks Karny (Dz. U. z 2021r. poz. 2345 ze zm.) - 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, iż nie miałem/am zaległości w terminowym regulowaniu wymagalnych zobowiązań wobec PFRON oraz że nie byłem/am w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Zgodnie z Rozporządzeniem 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 (dalej: RODO), zostałem poinformowany, iż: Administratorem moich danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Dąbrowie Tarnowskiej, ul. Szpitalna 1, 33-200 Dąbrowa Tarnowska.

Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych - iod@pcprdt.pl.

Przetwarzanie moich danych osobowych odbywać się będzie wyłącznie w celu wypełnienia ciężących na PCPR obowiązków prawnych w celu realizacji zadań statutowych PCPR [podstawa prawna Art. 6 ust. 1 lit. c) oraz Art. 9 ust. 2 lit. b) RODO], ochrony interesów publicznych oraz relatywizacji interesów prawnych [podstawa z art. 6 ust. 1 lit. e oraz lit. f RODO].

Szczegółowe informacje na temat przetwarzania danych znajdują się w klauzuli informacyjnej dla klientów PCPR dostępnej na stronie <https://bip.malopolska.pl/pcprwdtarnowskiej,m,305923,klauzula-informacyjna-dla-klientow-pcpr-i-pzon.html> w Biuletynie Informacji Publicznej oraz na tablicach ogłoszeniowych PCPR w Dąbrowie Tarnowskiej.

.....
data

.....
(podpis wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego, pełnomocnika)

Załączniki:

1. kopia orzeczenia , o którym mowa w art. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
- 2.kopia orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą,
- 3.udokumentowana podstawa prawna zamieszkania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (własność, umowa najmu),
4. oświadczenie osoby niepełnosprawnej o wysokości dochodów i liczbie członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym,
5. zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
6. kopia pełnomocnictwa lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu) w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego)

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

PESEL.....

Adres.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji*

- dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
- inna dysfunkcja narządu ruchu
- wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk
- dysfunkcja narządu wzroku
- dysfunkcja narządu słuchu i mowy
- deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe
- inne (podać jakie)

Rozpoznanie i opis choroby zasadniczej.....

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

Opis schorzenia które w istotny sposób wpływa na ograniczenia w poruszaniu się z określeniem zakresu tych ograniczeń:.....

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

Pacjent wymaga \ nie wymaga** przystosowania budynku mieszkalnego i jego najbliższego otoczenia stosownie do potrzeb jego niepełnosprawności

Czy osoba porusza się przy użyciu oprzyrządowania TAK NIE

Jeśli tak to jakiego.....

Data

.....

Podpis i pieczętka lekarza

* właściwe zaznaczyć
** niepotrzebne skreślić