

.....
nr kolejny wniosku

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych/technicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

Wnioskodawca

..... syn/córka*
imię(imiona) i nazwisko imię ojca

seria nr wydany w dniu przez
dowód osobisty

nr PESEL

miejscowość ulica/
adres stałego zameldowania nr domu/nr lokalu

nr kodu poczta powiat

województwo nr tel./ faxu.....

I.A. Stopień niepełnosprawności *

1. znaczny	
• inwalidzi I grupy	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy i samodzielnej egzystencji	
• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
• osoby w wieku do lat 16 (w przypadku pobierania nauki w szkole do lat 24), którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
2. umiarkowany	
• inwalidzi II grupy	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy	
• inwalidzi III grupy ze względu na głuchotę lub głuchoniemotę	
3. lekki	
• pozostali inwalidzi III grupy	
• osoby częściowo niezdolne do pracy	
• osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

I.B. Rodzaj niepełnosprawności *

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim, wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządu słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
punktacja (uwzględniająca stopień i rodzaj niepełnosprawności)	

II. Sytuacja zawodowa **

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**/rencista poszukujący pracy	
4. rencista**/emeryt** nie zainteresowany podjęciem pracy	
5. dzieci i młodzież do lat 18	
punktacja	

III.A. Sytuacja mieszkaniowa – warunki mieszkaniowe (wypełnia pracownik Centrum)

1. zła	
2. przeciętna	
3. dobra	
4. bardzo dobra	
punktacja	

III.B. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i mieszkania *

1. dom jednorodzinny/wielorodzinny prywatny/wielorodzinny komunalny/wielorodzinny spółdzielczy
2. inne
3. budynek parterowy, piętrowy, mieszkanie na(podać kondygnację)
4. przybliżony wiek budynku lub rok budowy
5. opis mieszkania: pokoje..... (podać liczbę), z kuchnią, bez kuchni, z łazienką, bez łazienki, z wc, bez wc
6. łazienka jest wyposażona w: wannę, brodzik, kabinę prysznicową, umywalkę
7. w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej/ciepłej, kanalizacja, centralne ogrzewanie, prąd, gaz
8. inne informacje o warunkach mieszkaniowych
.....
.....
.....

III.C. Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje**

1. samotnie	
2. z rodziną	
3. z osobami nie spokrewnionymi	
punktacja	

III.D. Wnioskodawca i osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą

Imię i nazwisko - pokrewieństwo	niepełnosprawność		Dochód miesięczny netto (zł)
	stopień	rodzaj	
Łączna punktacja za stopień i rodzaj niepełnosprawności Wnioskodawcy i osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą			

* właściwe podkreślić, ** proszę wstawić X we właściwej rubryce

**IV. Średni dochód miesięczny netto na osobę w gospodarstwie domowym
Wnioskodawcy (wypełnia pracownik Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie)**

poniżej 100,00 zł	
101,00 – 200,00 zł	
201,00 – 300,00 zł	
301,00 – 400,00 zł	
401,00 – 500,00 zł	
501,00 – 600,00 zł	
601,00 – 700,00 zł	
701,00 – 800,00 zł	
Powyżej 800,00 zł	

V. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON? *				Tak	Nie
Nr i data zawarcia umowy	Kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	Źródło

VI. Deklarowany udział własny Wnioskodawcy i/lub sponsora

1. deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania – ponad obowiązkowe 5%	
2. deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania	

Oświadczam, iż posiadam 5% wkładu własnego do całości inwestycji wartości kosztorysowej/ofertowej.

VII. Dane informacyjne o Wnioskodawcy

a) wykształcenie	zaznacz właściwe	b) rodzaj źródła utrzymania	zaznacz właściwe
1.niepełne podstawowe		1.wynagrodzenie za pracę	
2.podstawowe		2.przychody z działalności	
3.zawodowe		3.renta stała/emerytura	
4.średnie ogólnokształcące		4.renta okresowa	
5.średnie zawodowe		5.renta szkoleniowa	
6.policealne		6.zasiłek dla bezrobotnych	
7.wyższe		7.zasiłek socjalny	
8.wyższe ze stopniem naukowym		8.stypendium	
		9.alimenty/inne	

VIII. Cel likwidacji barier architektonicznych (technicznych)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

* proszę wstawić X we właściwej rubryce

IX. Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier i orientacyjny koszt (w kolejności od najważniejszego dla Wnioskodawcy)

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

Ogólny koszt:
Kwota dofinansowania:
Słownie:

X. Inwestor zastępczy (inspektor nadzoru) wybrany przez Wnioskodawcę

.....
nazwa i dokładny adres z numerem lokalu
..... nr telefonu

Upředzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1,2,3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny, oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować.

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie moich danych osobowych niezbędnych do uzyskania dofinansowania (Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych).

.....
podpis Wnioskodawcy/Przedstawiciela Prawnego,
Opiekuna Prawnego/Pełnomocnika*

Przedstawiciel ustawy (dla małoletniego Wnioskodawcy), Opiekun Prawny lub Pełnomocnik

..... syn/córka
imię(imiona) i nazwisko *imię ojca*

seria..... nr wydany w dniu przez
dowód osobisty

nr PESEL

miejsowość ulica/.....
adres stałego zameldowania *nr domu/nr lokalu*

nr kodu poczta powiat

województwo nr tel./faxu

ustanowiony Opiekunem*/Pełnomocnikiem

* postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia sygn.akt.

* na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza

z dnia repet. nr

* niepotrzebne skreślić

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, że:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie reprezentowane przez Dyrektora PCPR, ul. Ogrodowa 10, 88-300 Mogilno, pcpr@pcpr-mogilno.pl, tel. 52 588 83 85;
2. został powołany inspektor ochrony danych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Mogilnie; tel.: 52 588 83 18, iod@powiat.mogilno.pl;
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych/technicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnych ze środków PFRON
4. Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być podmioty uprawnione do odbioru Pani/Pana danych, w tym w państwie trzecim, w uzasadnionych przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 12 lat
6. posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem
7. ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne jednakże w przypadku nie podania danych osobowych wnioski pozostanie bez rozpatrzenia.
9. Dane osobowe przetwarzane przez Administratora na podstawie Rozporządzenia nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 Rozporządzenia.

Data i podpis

Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności
4. Zaświadczenia potwierdzające wysokość dochodów netto Wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą
5. Zaświadczenia kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy
6. Kopia decyzji o przyznaniu zasiłku pielęgnacyjnego, w przypadku jego pobierania
7. Kopia decyzji o przyznaniu świadczeń pomocy społecznej, jeśli takie występują
8. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych
9. Zgoda właściciela budynku (w koniecznych wypadkach)
10. Dokument potwierdzający inne niż PFRON źródła finansowania zadania
11. Projekt, kosztorys, pozwolenie na budowę (w koniecznych wypadkach)

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
Lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb PCPR w związku z likwidacją barier
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko
PESEL

Pacjent wymaga:

- a) likwidacji barier architektonicznych,
- b) likwidacji barier technicznych,
- c) likwidacji barier w komunikowaniu się.

Pacjent posiada:

- a) dysfunkcję narządu ruchu:
 - z koniecznością poruszania się za pomocą wózka inwalidzkiego od (wpisać rok)
 - z koniecznością poruszania się przy pomocy kul od (wpisać rok)
 - po amputacji kończyn dolnych/górnych od (wpisać rok)..... w obrębie
- b) dysfunkcję narządu wzroku
 - od (wpisać rok oraz ubytek wzroku)
 - oko lewe
 - oko prawe
- c) dysfunkcję narządu słuchu
 - od (wpisać rok oraz ubytek słuchu)
 - ucho lewe
 - ucho prawe
- d) dysfunkcję narządu mowy (opis zaburzenia)
- e) inne (jakie?)

Uzasadnienie wniosku, opis schorzenia

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

.....
Pieczątką i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie