

**Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON
likwidacji barier architektonicznych
w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych**

RS.554.....

.....
Data wpływu

Dane Wnioskodawcy

Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
Data urodzenia	
PESEL	
Stopień niepełnosprawności	
Telefon kontaktowy	

Dane przedstawiciela ustawowego Wnioskodawcy, opiekuna prawnego, kuratora lub osoby reprezentującej – jeżeli dotyczy

Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
PESEL	
Telefon kontaktowy	

Oświadczenie o dochodach

Przeciętny **miesięczny** dochód tj. dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych podzielonych przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, **obliczonym za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.**

L.p.	Imię i nazwisko	Źródło dochodu	Przeciętny miesięczny dochód (netto)
1.	Wnioskodawca		
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
Suma dochodów wszystkich członków gospodarstwa domowego:			
Średni miesięczny dochód na jedną osobę:			

Cel dofinansowania

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

Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

.....
.....

Sytuacja mieszkaniowa wnioskodawcy

1.	Dom/mieszkanie: 1. jednorodzinny 2. wielorodzinny 3. blok komunalny 4. blok spółdzielczy 5. inny, jaki?.....	
2.	Liczba pokoi.....	Oddzielna kuchnia 1. tak 2. nie
3.	Budynek: 1. parterowy 2. piętrowy – mieszkanie na piętrze	
4.	Wyposażenie mieszkania w instalacje:	
	Woda zimna: 1. w mieszkaniu 2. poza mieszkaniem 3. poza budynkiem 4. brak wody	Woda ciepła: 1. w mieszkaniu 2. poza mieszkaniem 3. poza budynkiem 4. brak wody
5.	Ogrzewanie: 1. piece węglowe 2. centralne ogrzewanie 3. brak ogrzewania	
6.	Łazienka: 1. w mieszkaniu 2. poza mieszkaniem 3. brak	WC: 1. w mieszkaniu 2. poza mieszkaniem 3. poza budynkiem 4. brak
	Wyposażenie łazienki: 1. wanna 2. brodzik 3. kabina prysznicowa 4. umywalka	
8.	Inne informacje o warunkach mieszkaniowych (występujących utrudnieniach dla osoby niepełnosprawnej)	
	

Przewidywany koszt realizacji zadania

.....

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

.....

Informacja o innych źródłach finansowania zadania

.....

.....

Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:

Informacja o kwotach przyznanych wcześniej ze środków PFRON (w ostatnich 3 latach)

L.p.	Cel dofinansowania	Data i numer umowy	Kwota przyznanego dofinansowania	Stan rozliczenia
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Uzasadnienie wniosku

Załączniki wymagane do wniosku:

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub innego równoważnego orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub art. 62 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2020r., poz. 426 z późn. zm.), a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust.3 ustawy, kopia orzeczenia wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r. (oryginał do wglądu),
2. Kopie orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób,
3. Zaświadczenie lekarza specjalisty,
4. Zaświadczenie o dochodach (decyzja renty/emerytury, zaświadczenie z miejsca pracy),
5. Tytuł prawny do lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (dowód własności, umowa użytkowania wieczystego, inny tytuł wraz ze zgodą właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego, w którym stale zamieszkują na likwidację barier architektonicznych),
6. Zgoda zarządcy nieruchomości na likwidację barier architektonicznych,
7. Oryginał dowodu osobistego do wglądu.
8. Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych

Oświadczenia:

1. Uprzedzona/y o odpowiedzialności w tym także karnej, za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni. Jestem świadoma/y odpowiedzialności w tym także karnej, za złożenie fałszywego oświadczenia.
2. W przypadku braku środków na realizację zadania w danym roku wnioski nie przechodzą na rok następny.

.....
miejsowość, data

.....
podpis Wnioskodawcy

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Oświęcimiu

Imię i nazwisko

Numer PESEL

Adres zamieszkania

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy:*

- dysfunkcji narządu ruchu
- dysfunkcji narządu wzroku
- innej dysfunkcji, krótka charakterystyka

.....

.....

Opis schorzenia z uwzględnieniem jego wpływu na poruszanie się:

.....

.....

.....

.....

.....

Osoba niepełnosprawna, której dotyczy zaświadczenie porusza się:*

- samodzielnie
- przy pomocy balkoniku, kul lub kuli
- wyłącznie na wózku inwalidzkim
- jest osobą leżącą wymagającą opieki osób drugih

Wnioskowane usunięcie barier architektonicznych wpłynie/nie wpłynie** na poprawę funkcjonowania wnioskodawcy.

Uwagi uzupełniające i zalecenia dodatkowe:

.....

.....

.....

.....

.....
miejsowość, data

.....
pieczęć i podpis lekarza specjalisty

*właściwie zakreślić znakiem X

** właściwie skreślić

Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych przez Realizatora programu oraz PFRON

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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 osobowych) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Oświęcimiu, informuje, iż:

1/ Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Oświęcimiu z siedzibą 32-600 Oświęcim ul. Bema 4, adres e-mail: pcpr@powiat.oswiecim.pl oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Oświęcimiu ustanowiło Inspektora Ochrony Danych Osobowych Pana Piotra Karcz z którym można się skontaktować na adres Administratora i za pomocą poczty elektronicznej: piotrmariusz.karcz@gmail.com

2/ Ma Pan/Pani prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, żądania ich usunięcia, prawo ograniczenia ich przetwarzania.

3/ Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli Pana/Pani dane są przetwarzane niezgodnie z wymogami prawnymi.

4/ Dane osobowe będą przechowywane przez okres 10-ciu lat.

5/ Podanie danych osobowych jest warunkiem rozpatrzenia Pani/Pana wniosku i zawarcia umowy dofinansowania.

6/ Dane osobowe przekazywane przez wnioskodawców przetwarzane są w stopniu niezbędnym dla realizacji dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych , oceny jego funkcjonowania a także w innych, prawnie uzasadnionych celach.

7/ Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Oświęcimiu przekazuje/udostępnia dane osobowe uczestników programu do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Oświęcimiu oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.

8/ Podanie danych jest dobrowolne, jednakże ich niepodanie uniemożliwi Administratorowi wykonywanie jakichkolwiek działań w odniesieniu do Pana/Pani osoby.

Potwierdzam, zapoznanie się z niniejszą informacją.

.....
Data i podpis osoby składającej oświadczenie