

**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 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 2021r., poz. 573 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 osób prowadzących wspólne gospodarstwo domowe - średnie wynagrodzenie netto z ostatnich 3 miesięcy (zaświadczenie z zakładu pracy, decyzja ZUS o wysokości renty/emerytury, decyzja o pobieranych świadczeniach)
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

.....  
pieczęć 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:

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

.....  
miejscowość, data

.....  
pieczęć i podpis lekarza specjalisty

\*właściwe zakreślić znakiem X

\*\* właściwe 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](mailto: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](mailto: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*