Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Data wpływu:
Nr sprawy:

WNIOSEK

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

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

ROLA WNIOSKODAWCY	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
Wnioskodawca składa wniosek:	☐ We własnym imieniu ☐ Jako rodzic ☐ Jako opiekun prawny ☐ Jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) ☐ na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie ☐ na mocy pełnomocnictwa niepoświadczonego notarialnie
Postanowieniem Sądu:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	
Imię i nazwisko notariusza:	
Repertorium nr:	
Zakres pełnomocnictwa:	□ pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie □ do rozliczenia dofinansowania □ do zawarcia umowy □ do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku □ do złożenia wniosku □ inne

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

Informacja o korzystaniu ze środków PFRON obejmuje dofinansowanie otrzymane na podstawie zawartych umów. Nie należy więc wykazywać pomocy uzyskanej w ramach zadania: przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych ze środków finansowych PFRON:

□ nie korzystałem □ korzystałem

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

LP.	Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinanso-wania	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:	…… + □ łazienka, □ wc, □ kuchnia,
Łazienka jest wyposażona w: W mieszkaniu jest:	□ wannę, □ kabinę prysznicową, □ umywalkę, □ brodzik □ 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.

Uprzedzony/uprzedzona 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.

Oświadczam ze zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO.

Klauzula RODO

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Tożsamość administratora

Administratorem Państwa danych osobowych jest powiat, do którego składany jest wniosek o dofinansowanie.

Dane kontaktowe administratora

Z administratorem można skontaktować się za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej, a także telefonicznie. Dane kontaktowe administratora podane są na jego stronie internetowej.

Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych podane są na stronie internetowej administratora.

Cele przetwarzania

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz – w przypadkach tego wymagających – zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń.

Podstawa prawna przetwarzania

RODO - rozporządzenie 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, zwane dalej „RODO”.

Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych zwykłych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz e RODO, a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f RODO.

Okres, przez który dane będą przechowywane

Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi u administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane do czasu zakończenia postępowania.

Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe

Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, pocztowe, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych.

Prawa podmiotów danych

Przysługuje Państwu prawo:

1) na podstawie art. 15 RODO – prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,

2) na podstawie art. 16 RODO – prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych,

3) na podstawie art. 17 RODO – prawo do usunięcia danych osobowych,

4) na podstawie art. 18 RODO – prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,

5) na podstawie art. 20 RODO – prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,

6) art. 21 RODO – prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa, na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora.

Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych

Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.

Miejscowość	*Data*	*Podpis*

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU	
LP.	Plik
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU	
LP.	Plik
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE	
Lista	
1.	Informacje uzupełniające (**załącznik nr 1 do wniosku**)
2.	Aktualne zaświadczenie lekarskie (**załącznik nr 2 do wniosku**) określające problemy w poruszaniu się w związku z posiadaną niepełnosprawnością
3.	Udokumentowana podstawa zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (np. akt własności, umowa najmu)
4.	* Kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności wydanego przez Powiatowy/Wojewódzki Zespół Do Spraw Orzekania O Niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności wydane przed ukończeniem 16 roku życia * Kopia orzeczenia lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych * Kopia orzeczenia do zaliczenia do jednej z grup inwalidów wydane do 31.12.1997r. przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego * Kopia wypisu z treści orzeczenia Komisji Inwalidztwa i Zatrudnienia.
5.	W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej - kserokopia zaświadczenia lub wyroku Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego, a w przypadku reprezentowania wnioskodawcy przez pełnomocnika – kserokopia pełnomocnictwa poświadczonego przez notariusza.
6.	Dokumenty potwierdzające dochody wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z wnioskodawcą za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.
7.	Kosztorys / oferta cenowa

Załącznik nr 1 do wniosku

INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

Informacje uzupełniające dotyczące niepełnosprawności Wnioskodawcy lub dziecka/podopiecznego	
Nazwa pola	**Wartość**
Oświadczam, że:	☐ poruszam się na wózku inwalidzkim; ☐ poruszam się o kulach ☐ poruszam się przy balkoniku ☐ niepełnosprawności wynika z wrodzonego braku lub amputacji dłoni lub rąk ☐ niepełnosprawności wynika z innej dysfunkcji narządu ruchu (jakiej?):

Informacje uzupełniające dotyczące osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą			
Nazwa pola	**Wartość**		
		niepełnosprawność	
Pokrewieństwo	**Wiek**	stopień/grupa	rodzaj (wykaz na stronie 3 wniosku)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Miejscowość	*Data*	*Podpis Wnioskodawcy*

Załącznik nr 2 do wniosku

Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Zaświadczenie lekarskie
wydane dla potrzeb PFRON – likwidacja barier architektonicznych lub technicznych
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko ……...……..

PESEL ……

Adres zamieszkania …….

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej: ……..
…….…….

2. Rodzaj dysfunkcji lub schorzenia:

☐ dysfunkcja narządu słuchu ☐ dysfunkcja narządu słuchu i mowy
☐ dysfunkcja narządu wzroku (osoba niewidoma)
☐ dysfunkcja narządu wzroku (osoba niedowidząca)
☐ dysfunkcja narządu wzroku i słuchu (osoba głuchoniema)

☐ dysfunkcja narządu ruchu:
- ☐ dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
- ☐ amputacja jednej lub obu nóg
- ☐ wrodzony brak lub amputacja jednej lub obu rąk
- ☐ inna dysfunkcja narządu ruchu (jaka?) ……
……..……

☐ deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe) ☐ choroba psychiczna
☐ epilepsja ☐ schorzenie neurologiczne
☐ niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia
☐ inny rodzaj niepełnosprawności (jaki?) ……...……...……...…

3. Posiadane zaopatrzenie ortopedyczne: ……...…….
……...……
……...……

4. Uzasadnienie – czy posiadane schorzenie utrudnia lub uniemożliwia osobie niepełnosprawnej swobodne poruszanie się:

……...
……...
……...
……...
……...……

…… ……
data *pieczątka i podpis lekarza*

Wstępny kosztorys			
LP.	Nazwa	Liczba sztuk	Wartość brutto (orientacyjna)
1.	Kabina+ brodzik/wanna niska wraz z oprzyrządowaniem (np. bateria)		
2.	Umywalka wyprofilowana wraz z oprzyrządowaniem (np. bateria)		
3.	Kompakt WC		
4.	Glazura		
5.	Terakota		
6.	Materiały budowlane		
7.	Materiały hydrauliczne		
8.	Materiały elektryczne		
9.	Uchwyty dla osoby niepełnosprawnej (min. 3 szt.)		
10.	Siedzisko/krzesło – taboret prysznicowy		
11.	Robocizna		
12.	Inne …..		
13.			
14.			
15.			
	RAZEM		

KARTA OCENY FORMALNEJ WNIOSKU O DOFINANSOWANIE LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH

Nazwisko i imię:……

WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU			
Lp.	**Warunki weryfikacji formalnej:**	**Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe)**	**UWAGI**
1.	Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania zgodnie z rozporządzeniem MPiPS w sprawie określenia zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON	☐ tak ☐ nie	
2.	Wniosek jest kompletny, zawiera wymagane załączniki, wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach, zawiera wymagane podpisy	☐ tak ☐ nie	
3.	Wniosek niekompletny – termin uzupełnienia wniosku	☐ tak ☐ nie	Do dnia……
4.	Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie	☐ tak ☐ nie	
Weryfikacja formalna wniosku: pozytywna ☐ negatywna ☐			
Pieczątka imienna pracownika dokonującego weryfikacji formalnej wniosku: *data, podpis:*			

Notatka z wizji lokalnej przeprowadzonej w dniu .....…….. w miejscu zamieszkania Wnioskodawcy:
W trakcie wizji ustalono z Wnioskodawcą zakres prac koniecznych do wykonania:
Podpis Wnioskodawcy Podpisy pracowników PCPR biorących udział w wizji

PROTOKÓŁ Z POSIEDZENIA KOMISJI DO SPRAW ROZPATRYWANIA WNIOSKÓW **pozytywna**: **negatywna**:
PRZYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI ....……..... **zł,** ……....**%**
UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:
Podpisy członków Komisji 1. ……...…… 2. …… 3. …… .....…….....…..... (protokół sporządził - podpis)