

W N I O S E K

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnoprawnych do likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.

Uwaga, przed wypełnieniem wniosku proszę zapoznać się z rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020r., poz. 426 z późn. zm.).

I. Dane personalne wnioskodawcy (proszę wypełnić drukowanymi literami):

<u>DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY</u>	<u>ADRES ZAMIESZKANIA</u>
Imię	Miejscowość
Nazwisko.....	Ulica
Data urodzenia.....	Nr domu..... nr mieszkania.....
PESEL.....	Kod pocztowy.....
Nr i seria dowodu osobistego.....	
wydany przez	Nr telefonu.....

II. Dane personalne* przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego (dla małoletniego wnioskodawcy), opiekuna prawnego (dla osoby ubezwłasnowolnionej) lub pełnomocnika wnioskodawcy (na podstawie pisemnego pełnomocnictwa) (proszę wypełnić drukowanymi literami):

<u>DANE PERSONALNE</u>	<u>ADRES ZAMIESZKANIA</u>
Imię	Miejscowość
Nazwisko.....	Ulica
Data urodzenia.....	Nr domu..... nr mieszkania.....
PESEL.....	Kod pocztowy.....
Nr i seria dowodu osobistego.....	
wydany przez	Nr telefonu.....

Ustanowiony opiekunem* / pełnomocnikiem*:

- a) postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia
- b) na mocy pisemnego pełnomocnictwa z dnia

III. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i mieszkania (* niepotrzebne skreślić):

- dom jednorodzinny *, wielorodzinny prywatny*, wielorodzinny komunalny*, wielorodzinny spółdzielczy*, inne
- budynek parterowy*, piętrowy*, mieszkanie na (podać kondygnację)
- przybliżony wiek budynku lub rok budowy
- opis mieszkania: pokoje (podać liczbę), z kuchnią*, bez kuchni*, z łazienką*, bez łazienki*, z WC*, bez WC*,
- łazienka jest wyposażona w wannę*, brodzik*, kabinę prysznicową*, umywalkę*, inne

- w mieszkaniu jest instalacja wody zimnej*, ciepłej*, kanalizacja*, centralne ogrzewanie*, prąd*, gaz*, inne
- inne informacje o warunkach mieszkaniowych

IV. Sytuacja mieszkaniowa- zamieszkuje (wstawić „X” we właściwej kratce):

1. Samotnie	[]
2. Z innymi osobami	[] w tym z osobami niepełnosprawnymi []

V. Wykaz planowanych robót budowlanych w celu likwidacji barier architektonicznych – przedmiot dofinansowania (w kolejności od najważniejszego dla wnioskodawcy) **oraz przewidywany koszt realizacji zadania:**

Przedmiot dofinansowania i wykaz planowanych robót:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Przewidywany koszt realizacji zadania: zł

(słownie: zł)

VI. Informacje uzupełniające o przedmiocie wniosku:

1. Miejsce realizacji zadania.....
 2. Termin rozpoczęcia realizacji zadania.....
 3. Przewidywany czas realizacji zadania.....
 4. Cel dofinansowania
-
-

VII. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków Funduszu.

Proszę o dofinansowanie w łącznej wysokościzł

(słownie:.....zł)

VIII. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania:

.....

IX. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania:

.....

X. Informacja o kwotach przyznanych wcześniej środków Funduszu (proszę wstawić X

1.	Czy wnioskodawca korzystał z dofinansowania ze środków PFRON	
	a) nie korzystałem	[]
	b) korzystałem	[]
2.	W przypadku korzystania ze środków PFRON należy wypełnić:	
	a) numer zawartej umowy	
	b) cel przyznania dofinansowania	
	c) data przyznania dofinansowania	
	d) stan rozliczenia dofinansowania: rozliczone* / jestem w trakcie rozliczenia* / dofinansowanie nie zostało rozliczone* (wskazać przyczynę)	

we właściwej rubryce/ wypełnić odpowiednie rubryki):

XI. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:

1. Oświadczam, że we wspólnym gospodarstwie domowym pozostaje osób.
2. 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 **wynosi** zł.

(słownie:zł)

XII. Uzasadnienie składanego wniosku w celu likwidacji barier architektonicznych (w szczególności należy opisać rodzaj niepełnosprawności, wynikające z niego ograniczenia, a także wskazać w jaki sposób planowana inwestycja przyczyni się do likwidacji barier architektonicznych):

OPIS SYTUACJI WNIOSKODAWCY

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

DODATKOWE INFORMACJE O WNIOSKODAWCY (proszę wstawić X we właściwej kratce []):

			Wymagane zaświadczenia
Osoba samotna (sama zamieszkująca w lokalu mieszkalnym)	TAK []	NIE []	nie dotyczy
Osoba leżąca	TAK []	NIE []	potwierdzone zaświadczeniem lekarskim
Osoba poruszająca się za pomocą wózka inwalidzkiego	TAK []	NIE []	potwierdzone zaświadczeniem lekarskim
Osoba poruszająca się za pomocą chodzika/balkonika*	TAK []	NIE []	potwierdzone zaświadczeniem lekarskim
Osoba poruszająca o kulach	TAK []	NIE []	potwierdzone zaświadczeniem lekarskim
Osoba niewidoma w stopniu znacznym bądź posiada orzeczenie równoważne	TAK []	NIE []	nie dotyczy
Osoba głuchoniema/głuchoniewidoma* w stopniu znacznym bądź posiada orzeczenie równoważne	TAK []	NIE []	nie dotyczy
Osoba po tracheotomii/laryngectomii* w stopniu znacznym bądź posiada orzeczenie równoważne	TAK []	NIE []	nie dotyczy

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się informować w ciągu 14 dni.

.....
(podpis wnioskodawcy* / przedstawiciela ustawowego* / opiekuna prawnego* / pełnomocnika*)

Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik (**oryginał do wglądu**).
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z wnioskodawcą, w przypadku takich osób (**oryginał do wglądu**).
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające informację o schorzeniach i rodzaju niepełnosprawności, sposobie poruszania się (w tym czy osoba jest: leżąca, poruszająca się za pomocą wózka inwalidzkiego, chodzika/balkonika, o kulach itp.) oraz o potrzebie przystosowania/zaopatrzenia osoby niepełnosprawnej we wnioskowany przedmiot dofinansowania- **oryginał**.
4. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania, jeżeli takie istnieją- **oryginał**.
5. Dokumenty potwierdzające wysokość poniesionych nakładów na realizację zadania, jeżeli takie wystąpiły - **oryginał**.
6. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w mieszkaniu lub domu jednorodzinnym, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (własność, współwłasność, umowa najmu) - **kopia (oryginał do wglądu)**.
7. Zaświadczenie o zameldowaniu w ww. lokalu - **oryginał**.
8. Kosztorys wstępny/kosztorys sporządzony według norm KNR – Katalogu Nakładów Rzeczowych (w koniecznych przypadkach, w zależności od przedmiotu dofinansowania) - **oryginał**.

9. Faktura Pro Forma, kosztorys lub oferta cenowa wystawiona na wnioskodawcę** przez sprzedawcę wraz ze specyfikacją (jeśli dotyczy zakupu urządzeń, sprzętu oraz ich dostawy i montażu) - **oryginal.**
10. Zgoda właściciela /współwłaścicieli budynku na realizację zadania (w koniecznych przypadkach) - **oryginal.**
11. Zgoda właściciela /współwłaścicieli mieszkania na realizację zadania (nie dotyczy wnioskodawcy) - **oryginal.**
12. Pisemne pełnomocnictwo jeśli takie jest wymagane- **oryginal.**
13. Inne dokumenty, konieczne do realizacji wniosku wskazane przez pracownika PCPR.

UWAGA!!! Zgodnie z § 9 ust. 4 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002r. w sprawie określenia zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz.U. z 2020r., poz. 426 z późn. zm) dofinansowanie **nie może obejmować** kosztów realizacji zadania poniesionych **przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy** dofinansowania ze środków Funduszu.

* *niepotrzebne skreślić*

** w przypadku gdy wnioskodawcą jest osoba niepełnosprawna do 18 r.ż. lub ubezwłasnowolniona, dokument powinien być wystawiony na osobę pełnoletnią (przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego) z adnotacją, że zakup dotyczy wnioskodawcy (imię i nazwisko).

KLAUZULA INFORMACYJNA DLA OSOBY, KTÓREJ DANE DOTYCZĄ

Zgodnie z art. 13 ust. 1 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO), informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie (PCPR) w Oławie z siedzibą w Oławie, przy ul. 3 Maja 1 oraz Państwowy Fundusz Osób Niepełnosprawnych (PFRON).
2. Inspektorem ochrony danych PCPR w Oławie jest Pani Katarzyna Bala-Antczak. W razie jakichkolwiek wątpliwości związanych z przetwarzaniem dotyczących Pani/Pana danych, kontakt z Inspektorem jest możliwy pod adresem: biuro@abi-kancelaria.pl.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia złożonego wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON, na podstawie art. 6 ust 1 lit. b, c RODO z dnia 27 kwietnia 2016 r. nr 629/2016.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą pracownicy PCPR w Oławie odpowiedzialni za przydzielone zadanie, PFRON a także mogą być upoważnione podmioty na podstawie przepisów prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.
Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez PCPR w Oławie w okresie wskazanym w Jednolitym Rzeczym Wykazie Akt.
6. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu.
7. Jeśli uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym i warunkiem przyznania dofinansowania. W razie niepodania danych osobowych Pani/Pana wnioski o dofinansowanie pozostanie bez rozpatrzenia.
9. Pani/Pana dane będą także przetwarzane w sposób zautomatyzowany w programie wspomagającym sprawozdawczość pn. TYLDA.

Zgodnie z art. 21 ust. 4 RODO informuję, iż przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania dotyczących Pani/Panu danych osobowych. Sprzeciw należy złożyć inspektorowi ochrony danych, którego dane kontaktowe wskazane są w pkt 2. Zgodnie z art. 21 ust. 1 RODO, składając sprzeciw, należy wskazać jego przyczyny związane z Pani/Pana szczególną sytuacją.

OŚWIADCZAM, ŻE ZAPOZNAŁEM SIĘ Z OBOWIĄZKIEM INFORMACYJNYM

.....
data

.....
podpis czytelny