

Nr w rejestrze:

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
ul. Łędzińska 24
43-140 Łędziny

Data wpływu wniosku

W N I O S E K

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

DANE OSOBOWE WNIOSKODAWCY (w tym DZIECKA / PODOPIECZNEGO)

IMIĘ..... NAZWISKO

DATA URODZENIA PESEL

TELEFON e-mail:@.....

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES):

MIEJSCOWOŚĆ KOD POCZTOWY -

ULICA NR DOMU NR MIESZKANIA

POWIAT: WOJEWÓDZTWO:

ADRES ZAMELDOWANIA (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania):

MIEJSCOWOŚĆ KOD POCZTOWY -

ULICA NR DOMU NR MIESZKANIA WOJEWÓDZTWO:

DANE RODZICA*/OPIEKUNA PRAWNEGO*/PEŁNOMOCNIKA /*niepotrzebne skreślić/

IMIĘ..... NAZWISKO

DATA URODZENIA PESEL

TELEFON e-mail:@.....

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES):

MIEJSCOWOŚĆ..... KOD POCZTOWY -

ULICA NR DOMU NR MIESZKANIA

POWIAT: WOJEWÓDZTWO:

1. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik /Należy wstawić X we właściwej rubryce/

I grupa inwalidów	Znaczny stopień niepełnosprawności	Całkowita niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji	
		Stała albo długotrwała niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym z przysługującym zasiłkiem pielęgnacyjnym	
II grupa inwalidów	Umiarkowany stopień niepełnosprawności	Całkowita niezdolność do pracy	
III grupa inwalidów	Lekki stopień niepełnosprawności	Częściowa niezdolność do pracy	
		Stała albo długotrwała niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym	
Osoba w wieku do 16 lat zaliczana do osób niepełnosprawnych			

Dokument potwierdzający niepełnosprawność Wnioskodawcy jest ważny /Należy wstawić X we właściwej rubryce/☐ okresowo do☐ na stałe**2. Rodzaj niepełnosprawności** /Należy wstawić X we właściwej rubryce/

1) dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim			
2) osoba poruszająca się o kulach lub przy pomocy balkonika			
3) inna dysfunkcja narządu ruchu			
4)	dysfunkcja narządu wzroku:	- osoba niewidoma	
		- osoba niedowidząca	
5)	dysfunkcja narządu słuchu:	- osoba niesłysząca	
		- osoba niedosłysząca	
6) dysfunkcja narządu mowy			
7) deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)			
8) niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia			

3. Oświadczenie o wysokości dochodów

Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym

		Średni miesięczny dochód netto [zł]
Wnioskodawca:		
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą: /należy wypełnić jeżeli dotyczy/		X
1)		
2)		
3)		
4)		
RAZEM		

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

4. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku/mieszkania, w tym:

4.1. Sytuacja mieszkaniowa, opis budynku, wyposażenie mieszkania / budynku:

** niepotrzebne skreślić*

- 1) dom jednorodzinny*, wielorodzinny prywatny*, komunalny*, spółdzielczy*;
- 2) budynek parterowy*, piętrowy* mieszkanie znajduje się napiętrze;
- 3) przybliżony wiek budynku lub rok budowy
- 4) opis mieszkania: kuchnia*, bez kuchni*, pokoje.....(*podać ilość*), z łazienką*, bez łazienki*, z wc*, bez wc*;
- 5) łazienka wyposażona jest w: wannę*, kabinę prysznicową*, brodzik*, umywalkę*;
- 6) w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej*, ciepłej*, kanalizacja*, centralne ogrzewanie*, prąd*, gaz*;
- 7) zamieszkuję samotnie*, z rodziną*, z osobami spokrewnionymi*;
- 8) czy we wspólnym gospodarstwie zamieszkuje inna osoba niepełnosprawna tak* nie*;
- 9) inne informacje o warunkach mieszkaniowych :

4.2. Tytuł prawny budynku lub lokalu:

/Należy wstawić X we właściwej rubryce/

☐ własność	☐ współwłasność	☐ użytkowanie wieczyste	☐ przydział lokalu
☐ najem	☐ dzierżawa	☐ inne (jakie):	

5. Przedmiot dofinansowania

/Należy podać nazwę urządzenia, (ewentualny montaż), rodzaj usługi/

.....
.....

6. Przewidywany koszt realizacji zadania

.....zł

Słownie.....

7. Cel, na który zostanie przekazane dofinansowanie

Lp.	Wykaz urządzeń

7.1. Uzasadnienie celu dofinansowania */Należy opisać w jaki sposób sprzęt, który zostanie zakupiony dzięki otrzymanemu dofinansowaniu umożliwi lub znacznie ułatwi Wnioskodawcy funkcjonowanie/*

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

8. Miejsce realizacji zadania */Należy wpisać adres/*

.....

9. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

Data rozpoczęcia:

Data zakończenia:

Uwaga: Za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął, a które nie zostało przedawnione lub umorzone.

Oświadczam, że:

- 1) Pouczony(a) o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks Karny oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
- 2) Zobowiązuję się w ciągu 14 dni poinformować Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie o wszelkich zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku, mających wpływ na sposób jego rozpatrzenia.
- 3) Przyjmuję do wiadomości, iż złożenie niniejszego wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem oraz otrzymaniem dofinansowania ze środków PFRON.
- 4) Posiadam środki własne na pokrycie wkładu własnego będącego uzupełnieniem dofinansowania.
- 5) Przyjmuję do wiadomości, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.
- 6) Nie otrzymałem/-am w danym roku, na podstawie odrębnego wniosku – dofinansowania ze środków PFRON na przedmiot objęty niniejszym wnioskiem.
- 7) Zobowiązuję się do udostępnienia przedstawicielom PCPR pomieszczeń, w których planowana jest likwidacja barier technicznych, celem przeprowadzenia wizji jeśli będzie taka konieczność w okresie przed przyznaniem dofinansowania oraz w okresie obioru końcowego.

W przypadku gdy, PCPR w Łędzinach powyższe wątpliwość odnośnie do podanych we wniosku danych, w szczególności co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, mających wpływ na przyznanie dofinansowania, może wezwać wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie, nie dłuższym niż 14 dni, licząc od dnia otrzymania wezwania, wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis Wnioskodawcy lub
przedstawiciela ustawowego)

Stwierdzam własnoręczność podpisu:

.....
(podpis potwierdzającego własnoręczność podpisu

Wnioskodawcy lub przedstawiciela ustawowego)

/podpis składa osoba, w obecności której Wnioskodawca lub przedstawiciel ustawowy samodzielnie nie może podpisać Wniosku/

14. Oświadczenie o zapoznaniu się z klauzulą informacyjną RODO

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 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), dalej RODO, Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, 43-140 Łędziny, ul. Łędzińska 24 informuje, iż:

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji ustawowych i statutowych zadań Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie. Przedstawione poniżej informacje przekazujemy aby było wiadomo kto i w jaki sposób przetwarza Pani/Pana dane osobowe.

1. Administratorem Pani/Pana danych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie 43-140 Łędziny, ul. Łędzińska 24 , reprezentowany przez Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
2. Powołaliśmy Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym może się Pani/Pan skontaktować pisząc na adres e-mail: iod@powiatbl.pl , tel. 32 226 91 74.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych i statutowych zadań Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO).
4. Posiada Pani/Pan prawo do dostępu do swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, żądania ich usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, a także prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie.
5. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego w sprawach ochrony danych osobowych, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
6. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
7. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji zadań jest obowiązkowe i wynika z przepisów prawa.

Oświadczam, iż zapoznałem/-am się z powyższą klauzulą informacyjną RODO

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis Wnioskodawcy lub
przedstawiciela ustawowego)

Stwierdzam własnoręczność podpisu:

.....
(podpis potwierdzającego własnoręczność podpisu

Wnioskodawcy lub przedstawiciela ustawowego)

/podpis składa osoba, w obecności której Wnioskodawca lub przedstawiciel ustawowy samodzielnie nie może podpisać Wniosku/

15. Wymagane załączniki do wniosku:

Lp.	Rodzaj dokumentu	Dołączono do wniosku	
		TAK	NIE
1)	Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego, osoby do 16 r.ż orzeczenia o niepełnosprawności.		
2)	Zaświadczenie lekarza specjalisty o stanie zdrowia – zgodnie z wzorem stanowiącym integralną część wniosku.		
3)	Co najmniej dwie oferty wnioskowanego urządzenia wraz ze specyfikacją, przy czym każda z nich musi pochodzić z innego punktu sprzedaży.		
4)	Dokumenty, które potwierdzają dotychczas poniesione nakłady na realizację zadania /jeśli dotyczy/		

.....
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA SPECJALISTY O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
ul. Łędzińska 24; 43-140 Łędziny
celem przyznania dofinansowania ze środków PFRON do likwidacji barier technicznych
(prosimy wypełnić czytelnie)

Imię i Nazwisko pacjenta

PESEL

Adres zamieszkania pacjenta

1) Rozpoznanie choroby zasadniczej (w języku polskim)

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

2) Rodzaj urządzenia, sprzętu którego zakup jest uzasadniony potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności

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

3) Uzasadnienie konieczności zakupu urządzenia, sprzętu zmierzającego do usunięcia barier technicznych, które umożliwią lub w znacznym stopniu ułatwią osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem

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

.....
Data

.....
(pieczęć i podpis lekarza specjalisty
wystawiającego zaświadczenie)