

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 architektonicznych w związku z indywidualnymi potrzebami
osób niepełnosprawnych

<u>DANE OSOBOWE WNIOSKODAWCY (w tym DZIECKA / PODOPIECZNEGO)</u>	
IMIE.....	NAZWISKO
DATA URODZENIA	PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
TELEFON	e-mail:@.....
MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES):	
MIEJSCOWOŚĆ	KOD POCZTOWY <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
ULICA	NR DOMUNR MIESZKANIA
POWIAT:	WOJEWÓDZTWO:
ADRES ZAMELDOWANIA (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania):	
MIEJSCOWOŚĆ	KOD POCZTOWY <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
ULICA	NR DOMUNR MIESZKANIAWOJEWÓDZTWO:
<u>DANE RODZICA*/OPIEKUNA PRAWNEGO*/PEŁNOMOCNIKA</u> /*niepotrzebne skreślić/	
IMIE.....	NAZWISKO
DATA URODZENIA	PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
TELEFON	e-mail:@.....
MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES):	
MIEJSCOWOŚĆ.....	KOD POCZTOWY <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
ULICA	NR DOMUNR 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/

<input type="checkbox"/> własność	<input type="checkbox"/> współwłasność	<input type="checkbox"/> użytkowanie wieczyste	<input type="checkbox"/> przydział lokalu
<input type="checkbox"/> najem	<input type="checkbox"/> dzierżawa	<input type="checkbox"/> inne(jakie):	

5. Przedmiot dofinansowania /Należy podać co wymaga zmiany/przebudowy/dostosowania do potrzeb osoby niepełnosprawnej w związku z koniecznością likwidacji barier architektonicznych/

.....
.....

6. Przewidywany koszt realizacji zadania

.....zł

Słownie.....

7. Cel, na który zostanie przekazane dofinansowanie

/Wykaz planowanych przedsięwzięć – zakres prac koniecznych do wykonania w celu likwidacji barier architektonicznych/

Lp.	Zakres prac koniecznych do wykonania

7.1. Uzasadnienie celu dofinansowania /Należy opisać w jaki sposób otrzymane dofinansowanie umożliwi lub znacznie ułatwi

Wnioskodawcy funkcjonowanie /

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

Czy Wnioskodawca w ciągu 3 ostatnich lat był stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON i umowa ta została rozwiązana z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy? /Należy wstawić X we właściwej rubryce/	Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązanie* wobec PFRON? /Należy wstawić X we właściwej rubryce/
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

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 architektonicznych, celem przeprowadzenia wizji w okresie przed przyznaniem dofinansowania oraz w okresie obioru końcowego,

W przypadku gdy, PCPR w Łędzinach poweźmie 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 ustawy 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. informuje, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie ul. Łędzińska 24, 43-140 Łędziny reprezentowany przez Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Łędzinach.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych: mail: sekretariat@pcprledziny.pl z dopiskiem IOD, tel. +48 501070616
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 oraz Art. 9 ust. 2 lit. g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO),

4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa,
5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa,
6. 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,
7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego w sprawach ochrony danych osobowych, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych,
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji zadań jest obowiązkowe i wynika z przepisów prawa a w pozostałym zakresie dobrowolne.

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

.....
(miejsowość, 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 ustawy samodzielnie nie może podpisać Wniosku/

15. Wymagane załączniki do wniosku: /Należy wstawić X we właściwej rubryce/

Lp.	Rodzaj załącznika	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)	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. Lędzińska 24; 43-140 Lędziny
celem przyznania dofinansowania ze środków PFRON do likwidacji barier architektonicznych
(prosimy wypełnić czytelnie)

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL

Adres zamieszkania pacjenta

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (w języku polskim)

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

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną powodującą trudności w poruszaniu się wraz z uzasadnieniem konieczności likwidacji barier architektonicznych

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

.....
Data

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