

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

|  |  |
|--|--|
| <b><u>DANE OSOBOWE WNIOSKODAWCY (w tym DZIECKA / PODOPIECZNEGO)</u></b>              |  |
| IMIĘ.....  | 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: .....@.....  |
| <b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES):</b>   |  |
| MIEJSCOWOŚĆ .....  | KOD POCZTOWY <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  |
| ULICA .....  | NR DOMU .....NR MIESZKANIA .....   |
| POWIAT: .....  | WOJEWÓDZTWO: .....   |
| <b>ADRES ZAMELDOWANIA (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania):</b>     |  |
| MIEJSCOWOŚĆ .....  | KOD POCZTOWY <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  |
| ULICA .....  | NR DOMU .....NR MIESZKANIA .....WOJEWÓDZTWO: .....   |
| <b><u>DANE RODZICA*/OPIEKUNA PRAWNEGO*/PEŁNOMOCNIKA</u> /*niepotrzebne skreślić/</b> |  |
| IMIĘ.....  | 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: .....@.....  |
| <b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES):</b>   |  |
| MIEJSCOWOŚĆ.....   | KOD POCZTOWY <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  |
| 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<br>[zł] |
|--|--|--|
| Wnioskodawca:<br>.....   |  |  |
| Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego<br>Wnioskodawcy – <b>poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą:</b> /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 na .....piętrze;
- 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 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: .....

**10. Kwota wnioskowanego dofinansowania**

Kwota: .....zł

*/Należy wpisać całkowity koszt wnioskowanego dofinansowania/*

(słownie: ..... złotych)

**11. Proszę o przekazanie kwoty dofinansowania na:** /Należy wstawić X we właściwej rubryce/ konto w banku: .....

| Nr rachunku |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 konto wskazane na fakturze odbioru dokonam osobiście\* / odbioru w moim imieniu dokona osoba upoważniona\* w Kasie Starostwa Powiatowego w Bieruniu */\*niepotrzebne skreślić/***12. Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania, w tym:****12.1. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych**

Kwota: .....zł (słownie: ..... złotych)

**12.2 Dotychczasowe źródła finansowania zadania***( Należy określić skąd pochodziły środki finansowe na dany cel )*.....  
.....

W związku z powyższym w załączeniu przedkładam dokumenty, które potwierdzają dotychczas poniesione nakłady na realizację zadania (źródła finansowania).

**13. Informacja o kwotach przyznanych wcześniej ze środków PFRON z określeniem numeru zawartej umowy, celu i daty dofinansowania oraz stanu rozliczenia**

| Lp.                                   | Numer i data zawarcia umowy | Cel umowy<br>(nazwa zadania i/lub programu ustawowego, w ramach którego przyznana została pomoc) | Data przyznanego dofinansowania | Kwota przyznanego dofinansowania [zł] | Stan rozliczenia i data rozliczenia |
|---------------------------------------|-----------------------------|--|---------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
|                                       |                             |  |                                 |                                       |                                     |
|                                       |                             |  |                                 |                                       |                                     |
|                                       |                             |  |                                 |                                       |                                     |
|                                       |                             |  |                                 |                                       |                                     |
|                                       |                             |  |                                 |                                       |                                     |
| <b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b> |                             |  |                                 |                                       |                                     |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>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?</b><br><i>/Należy wstawić X we właściwej rubryce/</i> | <b>Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązanie* wobec PFRON?</b><br><i>/Należy wstawić X we właściwej rubryce/</i> | <b>Czy Wnioskodawca w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku korzystał ze środków PFRON na realizację zadania z zakresu likwidacji barier technicznych?</b><br><i>/Należy wstawić X we właściwej rubryce/</i> |
| <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie   | <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 technicznych, celem przeprowadzenia wizji jeśli będzie taka konieczność 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 własnoręcznie podpisu:

.....  
(podpis potwierdzającego własnoręcznie 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](mailto: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 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 urzędnika 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. Lędzińska 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)

