

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowi Mazowieckiej**

**WNIOSEK O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON  
do likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania  
osoby niepełnosprawnej mającej problemy w poruszaniu się**

**Dane Wnioskodawcy**

1. Imię i nazwisko ..... Nr tel. ....
2. PESEL .....
3. Adres zamieszkania .....
4. Posiadane orzeczenie .....
5. Rodzaj niepełnosprawności wraz z jej opisem (należy opisać problemy wnioskodawcy w wykonywaniu codziennych, podstawowych czynności).....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Cel dofinansowania**

1. Miejsce likwidacji barier (adres) .....  
.....
2. Cel likwidacji barier architektonicznych .....  
.....  
.....  
.....  
.....
3. Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier (w kolejności od najważniejszego dla wnioskodawcy):- przedmiot dofinansowania
  - 1) .....
  - 2) .....
  - 3) .....
  - 4) .....
  - 5) .....
  - 6) .....
  - 7) .....
  - 8) .....
  - 9) .....
  - 10) .....
4. Uzasadnienie konieczności likwidacji barier architektonicznych .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....
5. Przewidywany całkowity koszt realizacji zadania .....zł

6. 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 .....
7. Kwota wnioskowanego dofinansowania (maksymalnie 95% kosztów przedsięwzięcia nie więcej niż do wysokości piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia) .....zł  
słownie: .....
8. Termin rozpoczęcia realizacji zadania .....
9. Przewidywany czas realizacji zadania .....
10. Informacja o źródłach finansowania (środki własne, od sponsorów, inne - wpisać jakie) .....

**W przypadku przyznania dofinansowania zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy kosztem realizacji zadania pomniejszonym o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.**

Nazwa banku oraz numer rachunku bankowego Wnioskodawcy .....

**Informacje o dochodach wnioskodawcy:**

1. Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych pomniejszony o obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, oraz kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek, wynosi,..... zł.

2. Liczba osób zamieszkujących we wspólnym gospodarstwie domowym .....

**Informacje o korzystaniu ze środków PFRON**

Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON		tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
<b>Cel przyznania dofinansowania – nazwa programu</b>			
a) przedmiot dofinansowania			
b) data przyznania dofinansowania			
c) kwota dofinansowania			
d) Nr umowy			
Stan rozliczenia (rozliczone / nierozliczone)			
<b>Czy wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON</b>		<b>Czy wnioskodawca był w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie</b>	
tak <input type="checkbox"/>		nie <input type="checkbox"/>	
		tak <input type="checkbox"/>	
		nie <input type="checkbox"/>	

**Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik:**

.....  
Imię i nazwisko

.....  
PESEL

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Numer telefonu kontaktowego

.....  
Sygn. akt w przypadku postanowienia sądowego lub  
pełnomocnictwa

Zgodnie z art. 6 ust 1 lit. a RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych tj. danych kontaktowych zawartych w niniejszym wniosku przez Administratora, tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowi Mazowieckiej, ul. Widnichowska 20, 07-300 Ostrów Mazowiecka, w celu kontaktu telefonicznego i/lub mailowego. Zgoda może zostać wycofana w dowolnym momencie.

.....  
Ostrów Mazowiecka, data

.....  
Czytelny podpis wnioskodawcy lub opiekuna prawnego  
/ pełnomocnika

**INFORMACJA**

**Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:**

- 1) administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowi Mazowieckiej, adres: ul. Widnichowska 20, 07-300 Ostrów Mazowiecka;
- 2) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: [pcpr@powiatostrowmaz.pl](mailto:pcpr@powiatostrowmaz.pl);
- 3) administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, tj. w celu niezbędnym do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, co wynika z ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, ustawy z dnia 24 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
- 4) dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);
- 5) administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- 6) mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

- 1) Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, tj. w ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz w Rozporządzeniu Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego z dnia 20 października 2015 r. w sprawie klasyfikowania i kwalifikowania dokumentacji, przekazywania materiałów archiwalnych do archiwów państwowych i brakowania dokumentacji niearchiwalnej;
- 2) przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
- 3) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji ww. celów. Konsekwencją niepodania danych będzie nierozpatrzenie wniosku.
- 4) administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

**Pouczony o odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań, wynikającej z art. 233 § 1 KK „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę – podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.**

.....  
Czytelny podpis Wnioskodawcy lub opiekuna prawnego  
/ pełnomocnika

#### **Załączniki do wniosku**

- Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, o grupie inwalidzkiej lub w przypadku osoby do 16 r. ż orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał dokumentu do wglądu)
- Aktualne zaświadczenie od lekarza specjalisty (na dołączonym druku), zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności oraz stwierdzające konieczność likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania wnioskodawcy - oryginał
- Dowód osobisty oryginał do wglądu
- Dokument potwierdzający zameldowanie wnioskodawcy w miejscu likwidacji barier - oryginał
- Dokument potwierdzający tytuł prawny do lokalu (np. akt notarialny) - kopia (oryginał do wglądu)
- Zgoda właściciela lokalu na likwidację barier architektonicznych we wnioskowanym zakresie (w przypadku gdy wnioskodawca nie jest jego właścicielem) - oryginał
- Wstępny kosztorys na planowany zakres prac - oryginał
- Dokument z Wydziału Budownictwa Starostwa Powiatowego stwierdzający brak sprzeciwu na planowane prace lub pozwolenie budowlane – oryginał – w przypadkach tego wymagających
- Dokumenty potwierdzające ewentualne inne źródła finansowania - oryginały
- Inne załączniki (podać jakie) .....

**W przypadku gdy PCPR w Ostrowi Mazowieckiej poweźmie wątpliwość odnośnie 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.**

(stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej)

Załącznik do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier (architektonicznych, w komunikowaniu się, technicznych)\*

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

**Wydane na potrzeby PCPR**

**(Wypełnia lekarz specjalista)**

**Imię i nazwisko pacjenta**..... **PESEL**.....

**Adres**

**zamieszkania**.....

**1. Rozpoznanie choroby zasadniczej**.....

.....

**2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności**.....

.....

**3. Czy osoba porusza się na wózku inwalidzkim:** .....

**4. Czy osoba jest leżąca:**.....

**5. Używane inne zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny**

.....

.....

**6. Konieczność realizacji zadań zmierzających do usunięcia barier (architektonicznych, w komunikowaniu się, technicznych)\* w miejscu zamieszkania, które umożliwią lub w znacznym stopniu ułatwią osobie niepełnosprawnej (wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem)\***

• **TAK** (uzasadnić).....

.....

• **NIE**

**Niepełnosprawność pacjenta dotyczy \***

- a) dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim wrodzony brak lub amputacja dłoni lub rąk
- b) inna dysfunkcja narządu ruchu (jaka?).....
- c) dysfunkcja narządu słuchu i mowy
- d) deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)
- e) niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia
- f) dysfunkcja narządu wzroku

.....  
Data

\* **właściwe zaznaczyć**  
zaświadczenie

.....  
Pieczęć i podpis lekarza  
wystawiającego