**Data wpływu: Nr sprawy:**

**WNIOSEK**

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych**

**w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych**

 **Część A – DANE WNIOSKODAWCY**

|  |
| --- |
| **DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Imię:** |  |
| **Drugie imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Płeć:** |  mężczyzna  kobieta |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Rodzaj miejscowości:** | * miasto
* wieś
 |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |

 **ADRES KORESPONDENCYJNY**

* Taki sam jak adres zamieszkania

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |

|  |
| --- |
| **DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Imię:** |  |
| **Drugie imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Płeć:** | * mężczyzna  kobieta
 |
| **ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |
| **Rodzaj miejscowości:** | * miasto
* wieś
 |

|  |
| --- |
| **STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:** | * tak
* nie
 |
| **Stopień****niepełnosprawności:** | * Znaczny
* Umiarkowany
* Lekki
* Nie dotyczy
 |
| **Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:** | * bezterminowo
* okresowo – do dnia:
 |
| **Numer orzeczenia:** |  |
| **Grupa inwalidzka:** | * I grupa
* II grupa
* III grupa
* nie dotyczy
 |
| **Niezdolność:** | * Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji
* Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny
* Osoby całkowicie niezdolne do pracy
* Osoby częściowo niezdolne do pracy
* Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym
* Nie dotyczy
 |
| **Rodzaj****niepełnosprawności:** | * 01-U – upośledzenie umysłowe
* 02-P – choroby psychiczne
* 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
	+ osoba głucha
	+ osoba głuchoniema
* 04-O – narząd wzroku
	+ osoba niewidoma
	+ osoba głuchoniewidoma
* 05-R – narząd ruchu
	+ wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego
	+ dysfunkcja obu kończyn górnych
* 06-E – epilepsja
* 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia
* 08-T – choroby układu pokarmowego
* 09-M – choroby układu moczowo-płciowego
* 10-N – choroby neurologiczne
* 11-I – inne
* 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby****występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu****niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w****posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:** | * tak  nie
 |
| **Liczba przyczyn****niepełnosprawności (jeśli dotyczy):** | * 2 przyczyny
* 3 przyczyny
 |

#  ŚREDNI DOCHÓD

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

* indywidualne  wspólne

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:**

**…………………………………………………………………………………………………………. Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: ……………………………**

#  KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

## Na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych ze środków finansowych PFRON:

* nie korzystałem
* korzystałem

|  |
| --- |
| **CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON** |
| **Cel dofinansowania** | **Nr umowy** | **Data zawarcia umowy** | **Kwota dofinan- sowania** | **Stan rozliczenia** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 **Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU**

|  |
| --- |
| **PRZEDMIOT WNIOSKU** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:** |  |
| **Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):** |  |
| Słownie: |  |
| **Kwota wnioskowanego dofinansowania ze****środków PFRON:** |  |
| Słownie: |  |
| **co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:** |  |
| **Deklarowane środki własne:** |  |
| **Inne źródła finansowania:** |  |

|  |
| --- |
| **WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Wykaz planowanych****przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:** |  |
| **Miejsce realizacji zadania:** |  |
| **Termin rozpoczęcia:** |  |
| **Przewidywany czas realizacji:** |  |

 **UZASADNIENIE DO WNIOSKU**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania

**OPIS PONIESIONYCH NAKŁADÓW**

**..……………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**..……………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………**

#  FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

* Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Właściciel konta (imię i nazwisko):** |  |
| **Nazwa banku:** |  |
| **Nr rachunku bankowego:** |  |

* Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

|  |
| --- |
| **OPIS BUDYNKU I MIESZKANIA** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Budynek:** | * dom jednorodzinny,
* wielorodzinny prywatny,
* wielorodzinny komunalny,
* wielorodzinny spółdzielczy
 |
| **Ilość pięter:** | * budynek parterowy,
* piętrowy,
* mieszkanie na piętrze (którym?):
 |
| **Przybliżony wiek budynku lub rok budowy:** |  |
| **Liczba pokoi:** |  + kuchnia, + łazienka, + wc |

|  |  |
| --- | --- |
| **Łazienka jest wyposażona w:** | * wannę,
* brodzik,
* kabinę prysznicową,
* umywalkę
 |
| **W mieszkaniu jest:** | * instalacja wody zimnej,
* ciepłej,
* kanalizacja,
* centralne ogrzewanie,
* prąd,
* gaz
 |
| **Inne informacje o warunkach mieszkaniowych:** |  |

#  SYTUACJA ZAWODOWA

* Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
* Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
* Bezrobotny poszukujący pracy
* Rencista poszukujący pracy
* Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
* Dzieci i młodzież do lat 18
* Inne / jakie?

#  OŚWIADCZENIE

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.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: …………………..

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

## Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Miejscowość* | *Data* | *Podpis Wnioskodawcy* |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE** |
| **Lista** |
| 1. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik, a w przypadku dziecka do 16 roku życia orzeczenie o niepełnosprawności,
2. Orzeczenia o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą,
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie wskazujące na potrzebę likwidacji barier architektonicznych ( jeżeli niepełnosprawność ruchowa nie wynika z treści orzeczenia)
4. Udokumentowany tytuł prawny do lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (własność, umowa najmu, akt notarialny),
5. Kopia decyzji o przyznaniu świadczeń pomocy społecznej, jeżeli taka występuje,
6. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania niż środki własne Wnioskodawcy (jeżeli występuje)
7. Zaświadczenie o zameldowaniu,
8. Zezwolenie właściciela na wykonanie prac.
9. Kserokopia pełnomocnictwa notarialnego lub postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego
 |

**Klauzula informacyjna**

dla klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie

w Oleśnie ubiegających się o dofinansowanie/refundację ze środków PFRON

Na podstawie art. 13 ust.1 i ust.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 (RODO), informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Oleśnie, ul. M. Konopnickiej 8, 46-300 Olesno, tel. 34 350 51 25.
2. W sprawach dotyczących ochrony Pani/Pana danych osobowych można kontaktować się z inspektorem ochrony danych iod@pcprolesno.pl , tel. 34 350 51 25 .
3. Pani/Pana dane osobowe, dane podopiecznego/dziecka, osoby którą Pani/Pan reprezentuje

przetwarzane będą w celu wypełnienia obowiązków określonych przepisami prawa w związku z realizacją wniosku/umowy o dofinansowanie ze środków PFRON. Podstawą przetwarzania danych osobowych jest ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511 z późn. zm.) oraz przepisy wykonawcze wydane na jej podstawie.

1. Odbiorcą Pani/Pana danych, danych podopiecznego/dziecka, osoby którą Pani/Pan reprezentuje jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Oleśnie

a dane osobowe nie będą udostępniane podmiotom innym, niż upoważnione na podstawie przepisów prawa bądź na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych. Dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

1. Zebrane dane będą przetwarzane przez okres wynikający z przepisów prawa, zgodnie

z ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2018 r. poz. 217 z późn. zm. ).

1. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich sprostowania oraz prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
2. Podanie danych osobowych wskazanych we wniosku wynika z przepisów prawa i jest obowiązków.