

## Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowi Mazowieckiej

### WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON do likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej mającej problemy w poruszaniu się

#### Część A – DANE WNIOSKODAWCY

<b>ROLA WNIOSKODAWCY</b>	
<b>Nazwa pola</b>	<b>Do uzupełnienia</b>
<b>Wnioskodawca składa wniosek:</b>	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic <input type="checkbox"/> jako opiekun prawny <input type="checkbox"/> jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczzonego notarialnie <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczzonego notarialnie
<b>Postanowieniem Sądu</b>	
<b>Z dnia</b>	
<b>Sygnatura akt</b>	
<b>Imię i nazwisko notariusza:</b>	
<b>Repertorium nr</b>	
<b>Zakres pełnomocnictwa</b>	<input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie <input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania <input type="checkbox"/> do zawarcia umowy <input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku <input type="checkbox"/> do złożenia wniosku <input type="checkbox"/> inne
<b>DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY</b>	
<b>Imię</b>	
<b>Drugie imię</b>	
<b>Nazwisko</b>	
<b>PESEL</b>	
<b>Data urodzenia</b>	
<b>Płeć</b>	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

<b>ADRES ZAMIESZKANIA</b>	
<b>Województwo</b>	
<b>Powiat</b>	
<b>Gmina</b>	
<b>Miejscowość</b>	
<b>Ulica</b>	
<b>Nr domu</b>	
<b>Nr lokalu</b>	
<b>Kod pocztowy</b>	
<b>Poczta</b>	
<b>Rodzaj miejscowości</b>	<input type="checkbox"/> miast <input type="checkbox"/> wieś
<b>Nr telefonu</b>	
<b>Adres e-mail</b>	
<b>ADRES KORESPONDENCYJNY</b>	
<input type="checkbox"/> taki sam jak adres zamieszkania	
<b>Województwo</b>	
<b>Powiat</b>	
<b>Gmina</b>	
<b>Miejscowość</b>	
<b>Ulica</b>	
<b>Nr domu</b>	
<b>Nr lokalu</b>	
<b>Kod pocztowy</b>	
<b>Poczta</b>	
<b>DANE PODOPIECZNEGO / MOCODAWCY</b>	
<b>Imię</b>	
<b>Drugie imię</b>	
<b>Nazwisko</b>	
<b>PESEL</b>	
<b>Data urodzenia</b>	
<b>Płeć</b>	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

<b>ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO</b>	
<b>Województwo</b>	
<b>Powiat</b>	
<b>Gmina</b>	
<b>Miejscowość</b>	
<b>Ulica</b>	
<b>Nr domu</b>	
<b>Nr lokalu</b>	
<b>Kod pocztowy</b>	
<b>Poczta</b>	
<b>Rodzaj miejscowości</b>	<input type="checkbox"/> miast <input type="checkbox"/> wieś
<b>Nr telefonu</b>	
<b>Adres e-mail</b>	
<b>STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI</b>	
<b>Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Stopień niepełnosprawności</b>	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest</b>	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia
<b>Numer orzeczenia</b>	
<b>Grupa inwalidzka</b>	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<b>Niezdolność</b>	<input type="checkbox"/> osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> nie dotyczy

<b>Rodzaj niepełnosprawność</b>	<input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko / podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M - choroby układu moczowo – płciowego <input type="checkbox"/> 10-N - choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne <input type="checkbox"/> 12-C - całościowe zaburzenia rozwojowe			
<b>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</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie			
<b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy)</b>	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny			
<b>KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON</b>				
<b>Na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych ze środków finansowych PFRON</b> <input type="checkbox"/> nie korzystałem <input type="checkbox"/> korzystałem				
<b>CELE WYKORZYSTANIE OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON</b>				
<b>Cel dofinansowania</b>	<b>Nr umowy</b>	<b>Data zawarcia umowy</b>	<b>Kwota dofinansowania</b>	<b>Stan rozliczenia</b>

<b>Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU</b>	
<b>PRZEDMIOT WNIOSKU</b>	
<b>Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania</b>	
<b>Przewidywany koszt realizacji zadania (100%)</b>	
Słownie:	
<b>Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON</b>	
Słownie:	
<b>co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania</b>	
<b>Deklarowane środki własne</b>	
<b>Inne źródła finansowania</b>	
<b>Cel dofinansowania i uzasadnienie</b>	

<b>WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER</b>	
<b>Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier</b>	
<b>Miejsce realizacji zadania</b>	
<b>Termin rozpoczęcia</b>	
<b>Przewidywany czas realizacji</b>	
<b>OPIS PONIESIONYCH NAKŁADÓW</b>	
<p>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</p> <p>kwota .....</p> <p>źródło finansowania.....</p>	

**FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH** Przelew na konto Wnioskodawcy / osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę

<b>Właściciel konta (imię i nazwisko)</b>	
<b>Nazwa banku</b>	
<b>Nr rachunku bankowego</b>	
<input type="checkbox"/> W kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)	
<input type="checkbox"/> Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi	

**OPIS BUDYNKU I MIESZKANIA**

<b>Budynek</b>	<input type="checkbox"/> dom jednorodzinny <input type="checkbox"/> wielorodzinny prywatny <input type="checkbox"/> wielorodzinny komunalny <input type="checkbox"/> wielorodzinny spółdzielczy
<b>Ilość pięter</b>	<input type="checkbox"/> budynek parterowy <input type="checkbox"/> piętrowy <input type="checkbox"/> mieszkanie na piętrze którym .....
<b>Przybliżony wiek budynku lub rok budowy</b>	
<b>Liczba pokoi .....</b>	<input type="checkbox"/> + kuchnia <input type="checkbox"/> + łazienka <input type="checkbox"/> + WC
<b>Łazienka jest wyposażona w</b>	<input type="checkbox"/> wannę <input type="checkbox"/> brodzik <input type="checkbox"/> kabinę prysznicową <input type="checkbox"/> umywalkę
<b>W mieszkaniu jest</b>	<input type="checkbox"/> instalacja wody zimnej <input type="checkbox"/> ciepłej <input type="checkbox"/> kanalizacja <input type="checkbox"/> centralne ogrzewanie <input type="checkbox"/> prąd <input type="checkbox"/> gaz
<b>Inne informacje o warunkach mieszkaniowych</b>	

**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 18 lat
- inne / jakie?

## OŚWIADCZENIE

### **Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe**

- indywidualnie
- wspólnie

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi .....  
w tym liczba osób niepełnosprawnych .....

**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**

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. Przepisy wprowadzające Kodeks karny - 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 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

### **Klauzula RODO**

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Tożsamość administratora

Administratorem Państwa danych osobowych jest powiat, do którego składany jest wniosek o dofinansowanie.

Dane kontaktowe administratora

Z administratorem można skontaktować się za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej [pcpr@powiatostrowmaz.pl](mailto:pcpr@powiatostrowmaz.pl), a także telefonicznie. Dane kontaktowe administratora podane są na jego stronie internetowej.

Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych podane są na stronie internetowej administratora.

Cele przetwarzania

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz - w przypadkach tego wymagających - zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń.

Podstawa prawna przetwarzania

RODO - rozporządzenie 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, zwane dalej „RODO”.

Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych zwykłych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz e RODO, a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f RODO.

Okres, przez który dane będą przechowywane

Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi u administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane do czasu zakończenia postępowania.

Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe

Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, pocztowe, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych.

Prawa podmiotów danych Przysługuje Państwu prawo:

na podstawie art. 15 RODO - prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,

na podstawie art. 16 RODO - prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych,

na podstawie art. 17 RODO - prawo do usunięcia danych osobowych,

na podstawie art. 18 RODO - prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,

na podstawie art. 20 RODO - prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany

na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,

art. 21 RODO - prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa, na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora.

Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych

Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe

Miejscowość	Data	Czytelny podpis Wnioskodawcy

#### 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 lekarskie (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 stałe zamieszkiwanie 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
- 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

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

.....  
Pieczątką i podpis lekarza

**Kosztorys prac w związku z likwidacją barier architektonicznych w miejscu zamieszkania  
osoby niepełnosprawnej**

Pani / Pana .....

zamieszkały .....  
zamieszkały .....

Zakup / montaż (np. umywalka dla niepełnosprawnych)	Koszt
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
16.	
17.	
18.	
19.	
20.	
<b>RAZEM</b>	

.....  
Czytelny podpis Wnioskodawcy