Data wpływu:
Nr sprawy:

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

ROLA WNIOSKODAWCY	
Nazwa pola	**Do uzupełnienia**
Wnioskodawca składa wniosek:	☐ We własnym imieniu ☐ Jako rodzic ☐ Jako opiekun prawny ☐ Jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) ☐ na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie ☐ na mocy pełnomocnictwa niepoświadczonego notarialnie
Postanowieniem Sądu:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	
Imię i nazwisko notariusza:	
Repertorium nr:	
Zakres pełnomocnictwa:	☐ pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie ☐ do rozliczenia dofinansowania ☐ do zawarcia umowy ☐ do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku ☐ do złożenia wniosku ☐ inne

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY	
Nazwa pola	**Wartość**
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	☐ mężczyzna ☐ kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA	
Nazwa pola	**Wartość**
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
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
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
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**
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
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:

w tym liczba osób niepełnosprawnych:

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:	
Cel dofinansowania i uzasadnienie:	

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:	

OPIS PONIESIONYCH NAKŁADÓW

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

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:	

☐ W kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)
☐ 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. 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.

Oświadczam ze zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO.

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, 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:

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

2) na podstawie art. 16 RODO – prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych,

3) na podstawie art. 17 RODO – prawo do usunięcia danych osobowych,

4) na podstawie art. 18 RODO – prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,

5) na podstawie art. 20 RODO – prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,

6) 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*	*Podpis Wnioskodawcy*

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU	
Lp.	**Plik**

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU	
Lp.	**Plik**

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE
Lista

Załącznik nr 1

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych **w postaci numeru telefonu**

□□□ □□□□□□

przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Rypinie, ul. Warszawska 38A, 87-500 Rypin.

Oświadczam, że podanie tych danych jest dobrowolne.

Oświadczam, że zapoznałam/łem się z treścią klauzuli informacyjnej, przysługującymi mi prawami w związku przetwarzaniem moich danych, w tym prawem do cofnięcia zgody.

....

(miejscowość, data) (podpis osoby wyrażającej zgodę)

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych **w postaci danych dot. konta bankowego** przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Rypinie, ul. Warszawska 38A, 87-500 Rypin.

Oświadczam, że podanie tych danych jest dobrowolne.

Oświadczam, że zapoznałam/łem się z treścią klauzuli informacyjnej, przysługującymi mi prawami w związku przetwarzaniem moich danych, w tym prawem do cofnięcia zgody.

....

(miejscowość, data) (podpis osoby wyrażającej zgodę)

Załącznik nr 2

OŚWIADCZENIE

o dochodach wnioskodawcy oraz osób wspólnie z nim pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

Ja niżej podpisany (a) .....

zamieszkały (a) .....

oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

Imię	**Nazwisko**	**Miesięczny dochód netto obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku**
Wnioskodawca – osoba niepełnosprawna*:		
1.		
Pozostali członkowie rodziny, którzy pozostają we wspólnym gospodarstwie domowym **STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA**		
2.		
3.		
4.		
5.		
	RAZEM:	

*W przypadku osób samotnych do oświadczenia należy wpisać tylko wnioskodawcę.

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił ..... zł.

Uprzedzona/y odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2022 r. poz. 1138 t.j.) oświadczam, że dane zawarte w załączniku są zgodne ze stanem faktycznym.

....

(data) (podpis wnioskodawcy)

Samodzielne gospodarstwo domowe (jednoosobowe) – Wnioskodawca posiada własne stałe dochody, utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu.
Wspólne gospodarstwo domowe – należy rozumieć członków rodziny Wnioskodawcy, faktycznie wspólnie utrzymujących się i mających wspólny budżet domowy.
Przeciętny miesięczny dochód * – /dochód z tytułu pracy, świadczenia emerytalno - rentowe, dochód z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej, przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach ogólnych/ pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób.

przeciętny miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą = $\frac{\text{łączny przeciętny miesięczny dochód netto wykazany w wierszu „Razem" w tabeli niniejszego Oświadczenia}}{\text{liczba osób w gospodarstwie domowym wykazana w tabeli niniejszego Oświadczenia}}$

Załącznik nr 3

miejscowość.....

stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

data .....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Rypinie
zał. do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier architektonicznych

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Numer i seria dowodu osobistego (legitymacji, paszportu) .....

PESEL .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

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

2. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis)

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

1. Niepełnosprawność wnioskodawcy dotyczy:

☐ brak lub niedowład kończyn/y górnych/ej*

☐ brak lub niedowład kończyn/y dolnych/ej*

☐ jednoczesna dysfunkcja kończyn(y) górnej i dolnej

☐ dysfunkcja narządu wzroku, w zakresie:
.....

2. Wnioskodawca porusza się: (zaznaczyć właściwe)

☐ samodzielnie ☐ za pomocą kuli ☐ za pomocą balkonika ☐ na wózku inwalidzkim

☐ osoba całkowicie leżąca ☐ za pomocą białej laski

3. Czy niepełnosprawność pacjenta powoduje trudności w poruszaniu się?

☐ tak (proszę wymienić jakie) .....
.....
.....
☐ nie

.....
pieczątka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

*niewłaściwe skreślić

Załącznik nr 4

Rypin, dn. ..... r.

.....
(imię i nazwisko)

.....

.....
(adres zamieszkania)

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja niżej podpisany(a) .....
legitymujący(a) się dowodem osobistym .....
oświadczam, że jestem właścicielem domu/mieszkania przy ul. .....
.....

Jednocześnie wyrażam zgodę na dokonanie w moim mieszkaniu/domu likwidacji barier architektonicznych dla .....
.....

.....
(podpis właściciela)

Załączniki do wniosku (w przypadku ubiegania się o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych)

Do I etapu

1. Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art.5 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573 z późn. zm.), a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust.3 ustawy kopia orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r.
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności - załącznik nr 3.
3. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych.
4. Aktualny odpis z Księgi Wieczystej w przypadku osób będących właścicielami domu jednorodzinnego, natomiast osoby będące właścicielami mieszkania spółdzielczego pismo ze spółdzielni potwierdzające nabycie własności.
5. Inne potwierdzenie własności lokalu (np. Umowa najmu, Akt notarialny mówiący o służebności wieczystej).
6. Zgoda właściciela budynku (w koniecznych przypadkach) – załącznik nr 4.
7. Zaświadczenie* / oświadczenie * o dochodach Wnioskodawcy i osób zamieszkujących wspólnie z Wnioskodawcą - załącznik nr 2.
8. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych – załącznik nr 1.
9. Pełnomocnictwo notarialne lub postanowienie sądu do reprezentowania Wnioskodawcy (w przypadku ustanowienia pełnomocnika lub opiekuna prawnego dla Wnioskodawcy).

Do II etapu

1. Szkic mieszkania (szkic obecny i projektowany).
2. Projekt i kosztorys, pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach) lub zgłoszenie określone w przepisach prawa budowlanego.