

Pieczętka wpływu wniosku do PCPR

Nr wniosku: **533.1.** .....

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

**Część A – DANE WNIOSKODAWCY**

Wnioskodawcą jest osoba z niepełnosprawnością, jeżeli składa wniosek we własnym imieniu  
lub osoba uprawniona do jej reprezentowania, jeżeli składa wniosek w imieniu osoby z niepełnosprawnością

**ROLA WNIOSKODAWCY**

| Nazwa pola              | Proszę zaznaczyć właściwy kwadrat X                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Składam wniosek:</b> | <input type="checkbox"/> we własnym imieniu<br><input type="checkbox"/> jako rodzic / opiekun prawny niepełnoletniego dziecka / podopiecznego<br><input type="checkbox"/> jako rodzic / opiekun prawny pełnoletniego dziecka / podopiecznego, gdy osoba ta nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych<br><input type="checkbox"/> jako pełnomocnik / kurator osoby niepełnosprawnej |

**DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

| Nazwa pola             | Do uzupełnienia |
|------------------------|-----------------|
| <b>Imię/imiona:</b>    |                 |
| <b>Nazwisko:</b>       |                 |
| <b>PESEL:</b>          |                 |
| <b>Data urodzenia:</b> |                 |

**ADRES ZAMIESZKANIA WNIOSKODAWCY**

| Nazwa pola                   | Do uzupełnienia                                               |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <b>Gmina:</b>                |                                                               |
| <b>Miejscowość:</b>          |                                                               |
| <b>Ulica:</b>                |                                                               |
| <b>Nr domu i lokalu:</b>     |                                                               |
| <b>Kod pocztowy, poczta:</b> |                                                               |
| <b>Rodzaj miejscowości:</b>  | <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś |
| <b>Nr telefonu:</b>          |                                                               |
| <b>Adres e-mail:</b>         |                                                               |

**ADRES KORESPONDENCYJNY**

Należy wypełnić tylko wtedy, jeżeli adres korespondencyjny jest inny niż adres zamieszkania

| Nazwa pola            | Do uzupełnienia                                               |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------|
| Gmina:                |                                                               |
| Miejscowość:          |                                                               |
| Ulica:                |                                                               |
| Nr domu i lokalu:     |                                                               |
| Kod pocztowy, poczta: |                                                               |
| Rodzaj miejscowości:  | <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś |

**DANE PODOPIECZNEGO / MOCODAWCY**

| Nazwa pola      | Do uzupełnienia |
|-----------------|-----------------|
| Imię/imiona:    |                 |
| Nazwisko:       |                 |
| PESEL:          |                 |
| Data urodzenia: |                 |

**ADRES ZAMIESZKANIA PODOPIECZNEGO / MOCODAWCY**

Jeżeli wniosek składa osoba uprawniona do reprezentowania, należy wpisać dane osoby z niepełnosprawnością

| Nazwa pola            | Do uzupełnienia                                               |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------|
| Gmina:                |                                                               |
| Miejscowość:          |                                                               |
| Ulica:                |                                                               |
| Nr domu i lokalu:     |                                                               |
| Kod pocztowy, poczta: |                                                               |
| Rodzaj miejscowości:  | <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś |
| Nr telefonu:          |                                                               |
| Adres e-mail:         |                                                               |

## ŚREDNI MIESIĘCZNY DOCHÓD NETTO NA OSOBĘ

Osoba z niepełnosprawnością prowadzi gospodarstwo domowe: ☐ indywidualne ☐ wspólne

Liczba wszystkich osób we wspólnym gospodarstwie domowym: .....  
(wraz z osobą z niepełnosprawnością)

w tym liczba osób z niepełnosprawnością w tym gospodarstwie z problemami w poruszaniu się: .....

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** wynosi

miesięcznie na osobę - ..... zł.

W przypadku posiadania gospodarstwa rolnego, dla którego ustala się hektary przeliczeniowe, należy wpisać ich liczbę.

## KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Informacja o korzystaniu ze środków PFRON obejmuje dofinansowanie otrzymane na podstawie zawartych umów. Nie należy więc wykazywać pomocy uzyskanej w ramach zadania: dofinansowanie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Ze środków finansowych PFRON: ☐ nie korzystałam/em ☐ korzystałam/em

## CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Należy wypełnić tylko wtedy, gdy osoba z niepełnosprawnością otrzymała wcześniej dofinansowanie w ramach umowy

| Cel dofinansowania | Nr umowy | Data zawarcia umowy | Kwota dofinansowania | Stan rozliczenia<br>(umowa rozliczona, w trakcie rozliczenia, nierozliczona) |
|--------------------|----------|---------------------|----------------------|------------------------------------------------------------------------------|
|                    |          |                     |                      |                                                                              |
|                    |          |                     |                      |                                                                              |
|                    |          |                     |                      |                                                                              |

## Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

### PRZEDMIOT /PRZEMIOTY

| Nazwa pola                                            | Do uzupełnienia |
|-------------------------------------------------------|-----------------|
| Ubiegam się o dofinansowanie:                         |                 |
| Przewidywany koszt inwestycji:                        | ..... zł        |
| Wnioskowana kwota dofinansowania wynosi: (max do 95%) | ..... zł        |
| co stanowi % kwoty brutto kosztów realizacji zadania: | ..... %         |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p><b>Cel dofinansowania:</b><br/>         Proszę opisać, w jaki sposób dofinansowanie przyczyni się do likwidacji lub ograniczenia barier architektonicznych występujących w najbliższym otoczeniu osoby z niepełnosprawnością oraz w jaki sposób wpłynie na poprawę jej samodzielnego i sprawniejszego funkcjonowania.</p> |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

### WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ I INWESTYCJI W CELU LIKWIDACJI BARIER

| Nazwa pola                                                                                                                                      | Do uzupełnienia |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| <b>Planowane działania mające na celu likwidację barier architektonicznych:</b><br>(jakie elementy zostaną zakupione, zmienione lub wymienione) |                 |
| <b>Miejsce realizacji:</b><br>Należy wskazać adres, gdzie będą likwidowane bariery                                                              |                 |
| <b>Termin rozpoczęcia realizacji zadania:</b>                                                                                                   |                 |
| <b>Przewidywany czas realizacji zadania:</b>                                                                                                    |                 |

### OPIS BUDYNKU/LOKALU

| Nazwa pola                                                         | Do uzupełnienia                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Budynek:</b>                                                    | <input type="checkbox"/> dom jednorodzinny<br><input type="checkbox"/> wielorodzinny prywatny<br><input type="checkbox"/> wielorodzinny komunalny<br><input type="checkbox"/> wielorodzinny spółdzielczy<br><input type="checkbox"/> inny, jaki? ..... |
| <b>Ilość pięter:</b>                                               | <input type="checkbox"/> budynek parterowy <input type="checkbox"/> budynek piętrowy<br><input type="checkbox"/> mieszkanie na parterze <input type="checkbox"/> mieszkanie na piętrze<br><div style="text-align: right;">którym? .....</div>          |
| <b>Przybliżony wiek budynku lub rok budowy:</b>                    | .....                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Rodzaj i liczba pomieszczeń wchodzących w skład mieszkania:</b> | <input type="checkbox"/> kuchnia<br><input type="checkbox"/> pokój ..... (wpisać liczbę pokoi)<br><input type="checkbox"/> łazienka<br><input type="checkbox"/> w.c.                                                                                   |
| <b>Łazienka wyposażona jest w:</b>                                 | <input type="checkbox"/> wannę <input type="checkbox"/> kabinę prysznicową<br><input type="checkbox"/> umywalkę <input type="checkbox"/> brodzik o wysokości ..... cm                                                                                  |

|                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>W mieszkaniu jest:</b>                               | <input type="checkbox"/> instalacja wody zimnej<br><input type="checkbox"/> instalacja wody ciepłej<br><input type="checkbox"/> ciepła woda użytkowa z bojlera/podgrzewacza<br><input type="checkbox"/> ciepła woda użytkowa z c.o.<br><input type="checkbox"/> ciepła woda użytkowa z sieci miejskiej<br><input type="checkbox"/> kanalizacja<br><input type="checkbox"/> szambo<br><input type="checkbox"/> centralne ogrzewanie<br><input type="checkbox"/> piece kaflowe<br><input type="checkbox"/> inne źródło ogrzewania, jakie? .....<br><input type="checkbox"/> prąd<br><input type="checkbox"/> gaz |
| <b>Dodatkowe informacje o warunkach mieszkaniowych:</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

### OPIS PONIESIONYCH NAKŁADÓW

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

### SYTUACJA ZAWODOWA OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

- ☐ 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? .....

### FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

- ☐ Konto osobiste osoby z niepełnosprawnością lub osoby upoważnionej
 ☐ Konto sprzedawcy

| Nazwa pola                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Do uzupełnienia |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Właściciel konta (imię i nazwisko):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nazwa banku:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Nr rachunku bankowego</b><br>Proszę wpisać numer konta wyraźnie i czytelnie oraz upewnić się, że jest on poprawny                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 30px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 30px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 30px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 30px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 30px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 30px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 30px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 30px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 30px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 30px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 30px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 30px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 30px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 30px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 30px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 30px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 30px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 30px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 30px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 30px;"></td> </tr> </table> |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Dofinansowanie nie obejmuje kosztów poniesionych przez Wnioskodawcę  
przed podpisaniem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON**

**OŚWIADCZENIE**

**Oświadczam, że:**

1. nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
2. w ciągu trzech lat od daty złożenia niniejszego wniosku nie byłam/em stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązywanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
3. w przypadku przyznania dofinansowania zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu, a przyznaną ze środków PFRON.

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1. Kodeksu karnego: Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§ 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

Oświadczam, że wszystkie dane podane we wniosku o przyznanie dofinansowania ze środków PFRON są zgodne z prawdą i że jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

O zmianach zaistniałych po złożeniu niniejszego wniosku, mających wpływ na jego realizację, zobowiązuję się poinformować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Mieście Lubawskim w terminie 14 dni.

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (zwanego dalej RODO) informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana/dziecka/podopiecznego danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Mieście Lubawskim, ul. Grunwaldzka 3, adres e-mail: [sekretariat@pcprnml.pl](mailto:sekretariat@pcprnml.pl), tel. 56 474 31 96.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Mieście Lubawskim jest możliwy poprzez adres e-mail: [iod@pcprnml.pl](mailto:iod@pcprnml.pl) lub tel. 56 474 31 96.
3. Pani/Pana/dziecka/podopiecznego dane osobowe będą przetwarzane w celu wypełniania obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze w związku z realizowaniem zadań na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a i c RODO oraz zadań określonych w Ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
4. W związku z przetwarzaniem danych w celu wskazanym w ust. 3 Pani/Pana/dziecka/podopiecznego dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom danych osobowych na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
5. Pani/Pana/dziecka/podopiecznego dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wskazanego w ust. 3 celu przetwarzania, nie krótszy niż przez okres wskazany w przepisach o archiwizacji.
6. W związku z przetwarzaniem przez Administratora Pani/Pana/dziecka/podopiecznego danych osobowych przysługuje Pani/Panu:
  - 1) prawo dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO,
  - 2) prawo do sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO,
  - 3) prawo do usunięcia danych, na podstawie art. 17 RODO,
  - 4) prawo do ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 RODO,
  - 5) prawo do przenoszenia danych, na podstawie art. 20 RODO,
  - 6) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, na podstawie art. 21 RODO,
  - 7) w przypadku, jeśli przetwarzanie Pani/Pana/dziecka/podopiecznego danych osobowych odbywa się na podstawie zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO) przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
7. Przysługuje Pani/Panu/dziecku/podopiecznemu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych, danych osobowych dziecka/podopiecznego jest warunkiem prowadzenia Pani/Pana/dziecka/podopiecznego sprawy w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie i jest:
  - 1) obowiązkowe, jeżeli zostało to określone w przepisach prawa, konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości prowadzenia sprawy,
  - 2) dobrowolne, jeżeli odbywa się na podstawie Pani/Pana zgody,
  - 3) podanie numeru telefonu jest dobrowolne i wykorzystane będzie jedynie w celu kontaktu z Panią/Panem w sprawach związanych z realizacją złożonego wniosku.
9. Pani/Pana/dziecka/podopiecznego dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

10. Administrator danych nie będzie przekazywać Pani/Pana/dziecka/podopiecznego danych osobowych do państwa trzeciego oraz organizacji międzynarodowej.

**Prawdziwość przedstawionych we wniosku danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.**

| Data | Podpis Wnioskodawcy |
|------|---------------------|
|      |                     |

### ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

1. Kopia orzeczenia
2. Zaświadczenie lekarskie – załącznik do wniosku
3. Dokument potwierdzający tytuł prawny do lokalu
4. Pisemna zgoda właściciela lokalu na przeprowadzenie prac remontowo-budowlanych w pomieszczeniach, w których planowana jest likwidacja barier architektonicznych - jeżeli dotyczy
5. Szkic pomieszczeń, w których planowana jest likwidacja barier architektonicznych (rzut poziomy – stan obecny i planowany po likwidacji barier) z podaniem wymiarów kluczowych elementów
6. Kosztorys ofertowy likwidacji barier architektonicznych – załącznik do wniosku
7. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania
8. Kopia pełnomocnictwa lub innego dokumentu dającego podstawę prawną do reprezentacji Wnioskodawcy - jeżeli dotyczy

### WYPEŁNIA POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE

#### Ocena formalna wniosku

☐ pozytywna

☐ negatywna

.....  
data i podpis pracownika merytorycznego

#### Ocena merytoryczna wniosku

.....  
data i podpis pracownika merytorycznego

### Decyzja dyrektora PCPR

Wniosek rozpatrzono pozytywnie / negatywnie\* i przyznano / nie przyznano\* środki finansowe

PFRON w wysokości ..... zł, likwidacji barier architektonicznych.

.....  
data i podpis dyrektora PCPR