



pieczęć wpływu wniosku

.....
data wpływu kompletnego wniosku - wypełnia PCPR

PCPR.533.1.1. _____
Nr wniosku - wypełnia PCPR

W N I O S E K
o dofinansowanie ze środków
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
likwidacji barier architektonicznych

dostosowanie łazienki * podjazd * inne *
dostosowanie pomieszczeń * dźwig osobowy * (jakie?)

* właściwe zakreślić X

Część A: WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

1. Dane wnioskodawcy (osoby niepełnosprawnej)

..... imię i nazwisko wnioskodawcy	
numer PESEL (ulica / miejscowość zamieszkania / numer domu / numer lokalu)
 (kod pocztowy, poczta)
numer telefonu (dobrowolnie)	adres zamieszkania wnioskodawcy

2. Dane przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, kuratora, pełnomocnika
(wypełnić jeżeli wnioskodawcą jest osoba małoletnia, osoba ubezwłasnowolniona, osoba dla której ustanowiony jest kurator w rozumieniu art.183 §1 k.r.o. lub osoba udzielająca pełnomocnictwa)

..... imię i nazwisko przedstawiciela wnioskodawcy	
numer PESEL (ulica / miejscowość zamieszkania / numer domu / numer lokalu)
 (kod pocztowy, poczta)
numer telefonu (dobrowolnie)	adres zamieszkania przedstawiciela wnioskodawcy

3. Stopień niepełnosprawności wnioskodawcy (we właściwej rubryce wpisać TAK)		Ważność orzeczenia: do dnia / na stałe
1	Znaczny stopień niepełnosprawności / lub równoważny	
2	Umiarkowany stopień niepełnosprawności / lub równoważny	
3	Lekki stopień niepełnosprawności / lub równoważny	
4	Osoby do 16 roku życia, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	

4. Rodzaj ograniczenia sprawności wnioskodawcy (we właściwej rubryce wpisać TAK)		
1	dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim * lub wrodzony brak * albo amputacja dłoni, rąk lub nóg *	
2	inna dysfunkcja narządu ruchu	
3	dysfunkcja narządu wzroku	
4	deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
5	dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
6	niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
7	inna dysfunkcja, jaka? _____	

5. Sytuacja zawodowa wnioskodawcy (we właściwej rubryce wpisać TAK)		
1	zatrudniony*/prowadzący działalność gospodarczą*	
2	osoba w wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca	
3	bezrobotny poszukujący pracy*/rencista poszukujący pracy*	
4	rencista*/emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy	
5	dzieci i młodzież do lat 18	
6	inna, jaka? _____	

6. Sytuacja rodzinna wnioskodawcy (we właściwej rubryce wpisać TAK)		
1	Osoba mieszkająca samotnie	
2	Osoba zamieszkująca wyłącznie z niepełnosprawnym małżonkiem lub opiekunem lub niepełnosprawnymi członkami rodziny	
3	Osoba zamieszkująca z pełnosprawnymi i niepełnosprawnymi członkami rodziny	
4	Osoba zamieszkująca tylko z pełnosprawnymi członkami rodziny	

* właściwe podkreślić

7. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

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: _____zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym (wliczając wnioskodawcę): _____.

8. Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON: tak nie *właściwe zakreślić X

Cel (nazwa zadania ustawowego oraz /lub nazwa programu, w ramach którego przyznana została pomoc)	Numer zawartej umowy	Data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Stan rozliczenia (*właściwe podkreślić)
				rozliczyłem(am)się * jestem w trakcie rozliczania * nie rozliczyłem(am)się *
				rozliczyłem(am)się * jestem w trakcie rozliczania * nie rozliczyłem(am)się *
				rozliczyłem(am)się * jestem w trakcie rozliczania * nie rozliczyłem(am)się *
				rozliczyłem(am)się * jestem w trakcie rozliczania * nie rozliczyłem(am)się *

9. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i mieszkania

- 1) mieszkanie - lokatorskie spółdzielcze prawo do lokalu mieszkalnego*, własnościowe spółdzielcze prawo do lokalu mieszkalnego*, odrębna własność lokalu mieszkalnego*, komunalne/kwaterunkowe*, prawo do domu jednorodzinnego/jego części*
inne.....
- 2) budynek parterowy*, piętrowy*, mieszkanie na (proszę podać kondygnację)
- 3) opis mieszkania: pokoje (podać liczbę), z kuchnią*, bez kuchni*, z łazienką*, bez łazienki*, z wc*, bez wc*
- 4) łazienka jest wyposażona w: wannę*, brodzik*, kabinę prysznicową*, umywalkę*, sedes*
- 5) w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej*, ciepłej*, kanalizacja*, centralne ogrzewanie*, piec*, prąd*, gaz*
- 6) inne informacje o warunkach mieszkaniowych

* właściwe podkreślić

10. Cel dofinansowania (Proszę uzasadnić, jaki wpływ będzie miała likwidacja barier architektonicznych na funkcjonowanie osoby niepełnosprawnej?)

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

11. Miejsce realizacji zadania (adres, gdzie będą likwidowane bariery architektoniczne)

.....

12. Wykaz planowanych przedsięwzięć niezbędnych w celu likwidacji barier architektonicznych oraz orientacyjny koszt przedsięwzięcia

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

13. Przewidywany koszt realizacji zadania	Kwota wnioskowanego dofinansowania do 95 %
_____ zł.	_____ zł

14. Informacje 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

.....

15. Informacje o innych źródłach finansowania zadania

Deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia wkładu własnego - ponad obowiązkowe	
Deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania	

16. Termin i przewidywany czas realizacji zadania

Termin rozpoczęcia realizacji zadania -
Przewidywany czas realizacji zadania -

17. Oświadczenie dotyczące przekazania dofinansowania * właściwe zakreślić X

<input type="checkbox"/> na rachunek bankowy sprzedawcy/wykonawcy	<input type="checkbox"/> na wskazany poniżej rachunek bankowy:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Oświadczam, że:

- 1) nie mam zaległości wobec PFRON
- 2) w ciągu trzech lat od daty złożenia niniejszego wniosku nie byłam/em stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

19. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że:

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

- 2) Administratorem moich/dziecka/podopiecznego danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Mieście Lubawskim, ul. Grunwaldzka 3, adres e-mail: sekretariat@pcprnml.pl, tel. 56 474 31 96.
- 3) Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Mieście Lubawskim jest możliwy poprzez adres e-mail: iod@pcprnml.pl lub tel. 56 474 31 96.
- 4) Moje/dziecka/podopiecznego dane osobowe będą przetwarzane w celu wypełniania obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze w związku z realizowaniem zadań przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Mieście Lubawskim na podstawie art. 6 ust. 1 lit.c lub art. 9 ust. 2 lit.b RODO oraz zadań określonych w Ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
- 5) W związku z przetwarzaniem danych w celu wskazanym w ust. 3 moje/dziecka/podopiecznego dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom danych osobowych na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
- 6) Moje/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.
- 7) W związku z przetwarzaniem przez Administratora moich/dziecka/podopiecznego danych osobowych przysługuje mi prawo dostępu do treści danych, sprostowania danych, usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia danych, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, a w przypadku, jeśli przetwarzanie moich/dziecka/podopiecznego danych osobowych odbywa się na podstawie zgody przysługuje mi prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
- 8) Przysługuje mi/dziecku/podopiecznemu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznaję, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.
- 9) Podanie przeze mnie moich danych osobowych/dziecka/podopiecznego jest warunkiem prowadzenia mojej/dziecka/podopiecznego sprawy w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Mieście Lubawskim i jest obowiązkowe, jeżeli zostało to określone w przepisach prawa, konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości prowadzenia sprawy, dobrowolne, jeżeli odbywa się na podstawie mojej zgody.
- 10) Moje/dziecka/podopiecznego dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.
- 11) Administrator danych nie będzie przekazywać moich/dziecka/podopiecznego danych osobowych do państwa trzeciego oraz organizacji międzynarodowej.

Art. 233 § 1. 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.

.....
data

.....
czytelny podpis wnioskodawcy, przedstawiciela
ustawowego, opiekuna prawnego, kuratora lub pełnomocnika

Dofinansowanie nie obejmuje kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON

Załączniki do wniosku:

- 1) kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia – **oryginał do wglądu**
- 2) zaświadczenie od lekarza specjalisty potwierdzające trudności w poruszaniu się
- 3) dokument potwierdzający podstawę prawną do zajmowanego lokalu (własność, umowa najmu)
- 4) szkic mieszkania, projekt (budowa podjazdu)
- 5) szkic pomieszczeń, w których ma nastąpić likwidacja barier (przed i po likwidacji)
- 6) pisemna zgoda właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego na przeprowadzenie prac remontowo – budowlanych
- 7) dokument potwierdzający stałe zamieszkanie w miejscu likwidacji barier
- 8) udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania
- 9) kopia pełnomocnictwa lub innego dokumentu dającego podstawę prawną do reprezentacji Wnioskodawcy - **oryginał do wglądu**

CZĘŚĆ B: WYPEŁNIA POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE

1. Warunki mieszkaniowe - sytuacja mieszkaniowa wnioskodawcy * właściwie zakreślić X

* - złe

* - przeciętne

* - dobre

* - bardzo dobre

2. Suma uzyskanych punktów

3. Ocena merytoryczna:

Etap I

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

.....
data, pieczętka i podpis pracownika PCPR

Etap II

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

.....
data, pieczętka i podpis pracownika PCPR

4. Decyzja dyrektora PCPR

Wniosek rozpatrzono pozytywnie / negatywnie* i przyznano / nie przyznano* środki finansowe PFRON w wysokości _____ zł, słownie _____

_____ do likwidacji barier architektonicznych.

.....
data, pieczętka i podpis dyrektora PCPR