

.....
data wpływu wniosku

.....
pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

.....
nr wniosku

**Powiatowe Centrum
Pomocy Rodzinie
ul. Gołdapska 23, 19-400 Olecko**

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych dla osoby niepełnosprawnej mającej trudności w poruszaniu się

(wypełnia osoba niepełnosprawna, przedstawiciel ustawowy – w przypadku małoletniego dziecka,
opiekun prawny lub pełnomocnik)

I. Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej:

1. Imię i nazwisko : tel.:
2. Adres zamieszkania:
3. Adres do korespondencji :
4. Nr PESEL:
5. Seria i nr dowodu osobistego :
6. Stopień niepełnosprawności * (lub jego odpowiednik w pkt. 1,2,3) :
(* proszę wstawić znak X we właściwej rubryce)

1.	Znaczny / I grupa inwalidzka	
2.	Umiarkowany / II grupa inwalidzka	
3.	Lekki / III grupa inwalidzka	
4.	Orzeczenie o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy, niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanym przed 01 stycznia 1998 r. albo o niezdolności do samodzielnej egzystencji/orzeczenia KRUS wydane po 01.01.1998 r. nie są podstawą do zaliczenia osoby, której orzeczenie dotyczy, do osób niepełnosprawnych/;	
5.	Orzeczenie o niepełnosprawności w przypadku osób w wieku do 16 lat	

7. Rodzaj niepełnosprawności * :
(*proszę wstawić znak X we właściwej rubryce)

Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
Inna dysfunkcja narządu ruchu	
Dysfunkcja narządu wzroku	
Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
Inna niepełnosprawność wymagająca likwidacji barier architektonicznych: jaka?	

8. Inne osoby niepełnosprawne pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym (stopień pokrewieństwa, stopień i rodzaj niepełnosprawności):

- 1)
- 2)

II. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (dla małoletnich osób niepełnosprawnych), opiekuna prawnego lub pełnomocnika:

1. Imię i nazwisko :

2. Adres zamieszkania :

3. Seria i nr dowodu osobistego :

4. Nr PESEL :

5. Nr telefonu :

W przypadku opiekuna/pełnomocnika*: postanowienie Sądu Rejonowego w
z dnia, Sygn. Akt.....
/pełnomocnictwo z dnia

III. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

.....

IV. Dane dotyczące zadania :

1. Przedmiot dofinansowania (proszę opisać planowane w ramach likwidacji bariery architektonicznej przedsięwzięcie/inwestycję):

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

2. Miejsce realizacji zadania (proszę podać dokładny adres, gdzie będzie przeprowadzona likwidacja barier):

.....

3. Cel dofinansowania (proszę opisać, w jaki sposób likwidacja bariery wpłynie na wykonywanie przez osobę niepełnosprawną podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem):

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

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

4. Przewidywany koszt realizacji zadania:

• ogółemzł

słownie złotych:

• kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON (do 95% kosztów przedsięwzięcia, nie więcej jednak niż do wysokości piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia):

..... zł

słownie złotych:

• inne źródła finansowania zadania (kwota):

.....

5. Termin rozpoczęcia realizacji zadania:

.....

6. Przewidywany czas realizacji zadania:

7. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania:

.....
.....

V. Informacja o dotychczasowym korzystaniu ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych:

L.p.	Cel dofinansowania	Nr umowy	Kwota i data przyznania dofinansowania	Stan rozliczenia	Umowa wygasła/ została rozwiązana * (wpisać właściwe)
1.					
2.					
3.					
4.					

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

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

		Przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (netto)
1.	Osoba niepełnosprawna:	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego – poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z osobą niepełnosprawną (np. mąż, żona, syn, córka itp.):		X
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
Razem miesięczny dochód rodziny wynosi:		
Liczba osób pozostająca we wspólnym gosp. domowym:		
Przeciętny miesięczny dochód na członka rodziny: (łącznie dochód rodziny podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym)		

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym oraz że jestem świadoma(y) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych informacji.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się niezwłocznie poinformować PCPR w Olecku.

.....
(data i czytelny podpis osoby niepełnosprawnej, przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika)

VII. Pozostałe oświadczenia osoby niepełnosprawnej:

1) oświadczam, że **posiadam / nie posiadam środki własne*** na realizację wnioskowanego zadania w kwocie stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu materiałów budowlanych oraz innych materiałów i kosztem wykonania usług z zakresu likwidacji barier architektonicznych, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a kwotą dofinansowania przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (minimum 5% kosztu przedsięwzięcia);

2) oświadczam, że **posiadam / nie posiadam*** zaległości wobec Funduszu oraz że w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku **byłem(am) / nie byłem(am)*** stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązaną z przyczyn leżących po mojej stronie;

3) przyjmuję do wiadomości, że złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania oraz że przyznane dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.

.....
 (data i czytelny podpis osoby niepełnosprawnej/przedstawiciela ustawowego,
 opiekuna prawnego lub pełnomocnika)

*Właściwe zaznaczyć

Załączniki do wniosku:

(proszę wstawić znak X we właściwej rubryce, o ile dotyczy)

1. Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopia orzeczenia o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r.	
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie w/g wzoru (zał. do wniosku)	
3. Aktualne potwierdzenie zameldowania na pobyt stały w lokalu/budynku mieszkalnym	
4. Kopia aktualnego dokumentu potwierdzającego tytuł prawny do lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja bariery architektonicznej (własność, użytkowanie wieczyste) albo zgoda właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego, w którym wnioskodawca stale zamieszkuje, na jego dostosowanie do potrzeb osoby niepełnosprawnej	
5. Kopia postanowienia sądowego o ustanowieniu opiekuna prawnego lub pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie w przypadku reprezentowania osoby niepełnosprawnej przez pełnomocnika	
6. Wstępny kosztorys ofertowy / projekt	
7. Pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach), decyzja o warunkach zabudowy i zagospodarowania terenu, zgoda właściciela gruntu na budowę	
8. Udokumentowanie informacji o innych źródłach finansowania zadania	
9. Sytuacja społeczna i zawodowa osoby niepełnosprawnej (zał. do wniosku)	
10. Inne (podać jakie?):	

**SYTUACJA SPOŁECZNA I ZAWODOWA
OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ UBIEGAJĄCEJ SIĘ O DOFINANSOWANIE
ZE ŚRODKÓW PFRON**

Wypełnia Wnioskodawca (przedstawiciel ustawowy, opiekun prawny, pełnomocnik) *

1. Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej:
PESEL :
2. Opis sytuacji społecznej i zawodowej:
 - a) sytuacja zawodowa:
 - zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
 - bezrobotny zarejestrowany w urzędzie pracy
 - poszukujący pracy zarejestrowany w urzędzie pracy
 - nieaktywny zawodowo/nieposzukujący pracy
 - rencista/ emeryt
 - dzieci i młodzież do 16. roku życia
 - osoba w wieku 16 – 24 lat, ucząca się lub studiująca
 - uczestnik Warsztatu Terapii Zajęciowej/Środowiskowego Domu Samopomocy/Domu Dziennego Pobytu
 - inna:
 - b) poziom wykształcenia:
 - c) zaspokajanie codziennych potrzeb życiowych i społecznych:
 - samodzielnie z częściową pomocą osób drugih
 - wyłącznie przy pomocy osób drugih
 - dodatkowe informacje:
 -
 -
 - d) osoba niepełnosprawna korzysta ze świadczeń pomocy społecznej:
 - tak: nie
 - świadczenia pieniężne
 - świadczenia niepieniężne
3. Oczekiwane efekty związane z przyznaniem dofinansowania:
 - większa samodzielność w wykonywaniu czynności życia codziennego
 - zwiększenie możliwości udziału w życiu społecznym
 - zwiększenie szans na aktywizację zawodową/utrzymanie aktywności zawodowej
 - większe bezpieczeństwo osoby niepełnosprawnej i jej otoczenia
 - inne, jakie:
 -

Data:

.....
podpis wnioskodawcy (przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego, pełnomocnika)

* właściwe zaznaczyć

.....
(stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej)

..... dn.

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko pacjenta :

Adres zamieszkania :

Nr PESEL:

Pacjent posiada:

- dysfunkcję narządu ruchu:
 - z koniecznością poruszania się za pomocą wózka inwalidzkiego
.....
 - z koniecznością poruszania się przy pomocy kul, balkonika, laski
.....
 - po amputacji kończyn (dolnych/górnych)₁
.....
 - poruszający się samodzielnie
 - inne.....
- dysfunkcję narządu wzroku:
 - oko lewe.....
 - oko prawe.....
- dysfunkcję narządu słuchu:
 - ucho lewe.....
 - ucho prawe.....
- dysfunkcję narządu mowy:
.....
- inne (jakie?):
.....
.....

Opis schorzenia, uzasadnienie ubiegania się o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych:

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

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* właściwe zaznaczyć

KLAUZULA INFORMACYJNA

OGÓLNA DLA KLIENTÓW POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE W OLECKU

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Olecku z siedzibą przy ul. Gołdapskiej 23, 19-400 Olecko, adres e-mail: centrum@pcpr.olecko.pl, tel. 87 520 34 30.

W sprawie danych osobowych możesz kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, adres e-mail: iod@pcpr.olecko.pl

Administrator prowadzi operacje przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

Dane osobowe będą zbierane i przetwarzane są w celu udzielenia Pani/Panu pomocy i wsparcia wynikającego z realizowanych zadań przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Olecku określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

W związku z przetwarzaniem Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być tylko podmioty uprawnione do odbioru Pani/Pana danych, w tym państwa trzecie, w uzasadnionych przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów prawa.

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest niezbędne do realizacji w/w celu.

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres: od zebrania do czasu wskazanego w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt, tj. od 5 do 50 lat.

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, jak również prawo do ograniczenia ich przetwarzania i niepodlegania profilowaniu.

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, jeśli Pani/Pana zdaniem przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych - narusza przepisy unijnego rozporządzenia RODO.

Decyzje związane z przetwarzaniem danych nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany.

Administrator Danych Osobowych
Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Olecku

.....
data

.....
podpis wnioskodawcy (przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego, pełnomocnika)

