

NR sprawy BON.5140.....

.....
data wpływu kompletnego wniosku (dzień, miesiąc, rok)

pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

WNIOSEK**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji
BARIER ARCHITEKTONICZNYCH w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej**

Bariery architektoniczne – to przystosowanie mieszkania dla osoby niepełnosprawnej mającej trudności w poruszaniu się, w celu umożliwienia jej wykonywania podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem.

(wniosek należy wypełnić czytelnie, niebieskim długopisem)

1. DANE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSEK:

Imię i nazwisko		PESEL
Kod pocztowy	miejsowość	Adres
Data urodzenia	gmina	Telefon
Dowód osobisty (seria i numer)		wydany przez..... ważny do.....

2. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (WYPEŁNIĆ, JEŚLI WNIOSEK DOTYCZY OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ), OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA:

Imię i nazwisko		PESEL
Kod pocztowy	miejsowość	Adres
Data urodzenia	gmina	Telefon
Dowód osobisty (seria i numer)		wydany przez..... ważny do.....
Opiekun prawny* - ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia..... sygnatura akt.....		
Pełnomocnik* - na mocy pełnomocnictwa poświadczonego przez notariusza z dnia..... nr repetytorium.....		

Wniosek składam	(wstawić X we właściwej rubryce)
Po raz pierwszy	
Po raz kolejny – wpisać rok złożenia pierwszego wniosku	

3. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (wstawić X we właściwej rubryce)

Posiadane orzeczenie:			
Stopień niepełnosprawności			
znacznym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> I grupa	całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/>
umiarkowany	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> II grupa	całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/>
lekki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> III grupa	częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/>
o niepełnosprawności (do 16. roku życia) <input type="checkbox"/>			
termin ważności orzeczenia	<input type="checkbox"/>	trwałe	<input type="checkbox"/> czasowe do

4. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (wstawić X we właściwej rubryce)

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak lub amputacja dłoni lub rąk	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. dysfunkcja układu oddechowego i krążenia	
7. choroby neurologiczne	
8. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia i inne	

5. SYTUACJA ZAWODOWA (wstawić X we właściwej rubryce)

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. SYTUACJA MIESZKANIOWA-ZAMIESZKUJE (wstawić X we właściwej rubryce)

1. samotnie	
2. z rodziną	
3. z osobami nie spokrewnionymi	

**7. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW FINANSOWYCH PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI
OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

TAK <i>korzystano</i>	NIE <i>korzystano</i>
------------------------------	------------------------------

	nazwa	rok	kwota
1. na likwidację barier architektonicznych			
2. na likwidację barier technicznych			
3. na likwidację barier w komunikowaniu się			
4. na zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny			
5. inne PFRON			

8. CEL LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH – WYCZERPUJĄCE UZASADNIENIE

.....

**9. WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER I
ORIENTACYJNY KOSZT**

.....

Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania zł:

Cyframi:.....

(słownie.....zł)

UWAGA!

- 1. Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z otrzymaniem dofinansowania.**
- 2. Warunkiem zrealizowania dofinansowania z zakresu likwidacji barier architektonicznych jest wcześniej zawarta umowa z PCPR**

10. OŚWIADCZENIA

- **Liczba osób pozostających ze mną w gospodarstwie domowym:**
.....

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

słownie:.....

- Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
- Oświadczam, że nie byłam/em w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
- Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i §6 k.k. w zw. z art. 75 §2 i art. 83§3 k.p.a. (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm) za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku zostały podane zgodnie z prawdą.
- **O zaistniałych zmianach po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni od zaistnienia zmiany.**

.....
czytelny podpis wnioskodawcy
(osoby niepełnosprawnej lub jej
Pełnomocnika, przedstawiciela
ustawowego, opiekuna prawnego)

11. KLAUZULA INFORMACYJNA

Informuję, że:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie we Wrześni, ul. Wojska Polskiego 1, 62-300 Września**, zwanym dalej Administratorem; Administrator prowadzi operacje przetwarzania Pani/Pana danych osobowych,
- 2) kontakt do inspektora danych osobowych: e-mail: inspektor@osdidk.pl,
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań i nie będą udostępniane innym odbiorcom,
- 4) Administrator danych osobowych, przetwarza Pani/Pana dane osobowe na podstawie obowiązujących przepisów prawa, zawartych umów oraz na podstawie udzielonej zgody.

- 5) podanie danych jest niezbędne do zawarcia umowy, w przypadku niepodania danych niemożliwe jest zawarcie umowy,
- 6) posiada Pani/Pan prawo do:
 - żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
 - wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania,
 - przenoszenia danych,
 - wniesienia skargi do organu nadzorczego,
 - cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych.
- 7) Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu,
- 8) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt 3, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.

12. ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie we Wrześni, ul. Wojska Polskiego 1, 62-300 Września** w celu uzyskania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
3. Oświadczam, że zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

.....
czytelny podpis wnioskodawcy
(osoby niepełnosprawnej lub jej
Pełnomocnika, przedstawiciela
ustawowego, opiekuna prawnego)

13. ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu).
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku ich posiadania (oryginał do wglądu).
3. Kopia decyzji o pobieraniu zasiłku pielęgnacyjnego w przypadku jego pobierania.
4. Aktualne zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza rodzinnego lub specjalistę, zawierające informację o obecnym stanie zdrowia **wskazujące na zasadność** likwidacji barier architektonicznych
5. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (umowa najmu, akt notarialny lub aktualny wypis z księgi wieczystej).
6. Pisemna zgoda właściciela nieruchomości na likwidację barier architektonicznych.
7. Zaświadczenie z powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.
8. Kopia pełnomocnictwa ustanowienia opiekuna prawnego/pełnomocnika postanowieniem Sądu lub poświadczonego przez notariusza.

KARTA WERYFIKACJI WNIOSKÓW O DOFINANSOWANIE LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH

I. Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku:

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku „X”	Uzupełniono	Data uzupełnienia
		<i>(wypełnia pracownik PCPR)</i>		
1.	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności			
2.	Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku ich posiadania			
3.	Kopia decyzji o pobieraniu zasiłku pielęgnacyjnego w przypadku jego pobierania.			
4.	Aktualne zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza rodzinnego lub specjalistę, zawierające informację o obecnym stanie zdrowia wskazujące na zasadność likwidacji barier architektonicznych.			
5.	Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (umowa najmu, akt notarialny lub aktualny wypis z księgi wieczystej).			
6.	Pisemna zgoda właściciela nieruchomości na likwidację barier architektonicznych.			
7.	Zaświadczenie z powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.			
8.	Kopia pełnomocnictwa ustanowienia opiekuna prawnego/pełnomocnika postanowieniem Sądu lub poświadczonego przez notariusza.			

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów	Sprawdzono pod względem merytorycznym

I. Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....

1. Wiek.....
2. Orzeczenie (rodzaj)
3. Ważne do
4. Przyczyny niepełnosprawności.....
5. Korzystanie ze środków PFRON.....
6. Data wizji lokalnej.....

II. Dochód

Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym	
Miesięczny dochód rodziny w przeliczeniu na 1 członka w rodzinie	

III. Opis sytuacji:

.....

 Warunki mieszkaniowe.....

IV. Zakres prac obejmujących likwidację barier architektonicznych

.....

V. Opinia zespołu ds. rozpatrywania wniosków:

Wniosek zaopiniowany:

pozytywnie

Kwota dofinansowania.....

UWAGI.....

.....

.....

negatywnie

.....

.....

.....

Data i podpisy członków zespołu

*niepotrzebne skreślić

Bariery architektoniczne – to przystosowanie mieszkania dla osoby niepełnosprawnej mającej trudności w poruszaniu się, w celu umożliwienia jej wykonywania podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem.

.....
Miejscowość i data

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
dotyczące likwidacji barier architektonicznych

Imię i nazwisko..... PESEL.....

Adres zamieszkania.....

I. Przyczyny niepełnosprawności (wstawić X w odpowiednim polu)

1. upośledzenie umysłowe	
2. choroby psychiczne	
3. zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	
4. choroby narządu wzroku	
5. upośledzenie narządu ruchu	
6. epilepsja	
7. choroby układu oddechowego	
8. choroby układu pokarmowego	
9. choroby układu moczowo - płciowego	
10. choroby neurologiczne	
11. inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenie, choroby układu krwiotwórczego	
12. częściowe zaburzenia rozwoju.	

II. Opis niepełnosprawności:.....

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

III. Uzasadnienie, dlaczego wskazana jest likwidacja barier architektonicznych

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

.....
Pieczętka i podpis lekarza