

.....
Data wpływu wniosku do PCPR

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.

1. DANE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSEK:

Imię i nazwisko		PESEL
Kod pocztowy	Adres zamieszkania	
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	Adres zamieszkania	
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.....		

3. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (wstawić X we właściwej rubryce)

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

1. samotnie	
2. z rodziną	

5. 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	

6. 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 *	
5. dzieci i młodzież do lat 18	

7. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW FINANSOWYCH PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH (W CIĄGU 3 OSTATNICH LAT)

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

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

8. CEL I MIEJSCE LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH – WYCZERPUJĄCE UZASADNIENIE

--

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

	Zaznaczyć właściwe	Ilość sztuk lub m ²	Cena wraz z podatkiem VAT	Uwagi
Kabina prysznicowa				
Sedes dla os. niepełnosprawnych (specjalistyczny)				
Umywalka dla os. niepełnosprawnych (specjalistyczna)				
Niecka z płytek z parawanem przesuwym (materiał)				
Siedzisko prysznicowe lub taboret				
Uchwyt lub poręcz				
Głazura ścienna w obrębie kabiny				
Terakota antypoślizgowa				
Materiały pomocnicze				
Robocizna				
Drzwi o szerokości 80 - 90 cm				
Okno z obniżoną klamką				
Podjazd do wózka inwalidzkiego lub utwardzenie drogi				
Podnośnik sufitowy lub ścienny				
Transporter schodowy				
Inne (jakie)				

PRZEWIDYWANY KOSZT REALIZACJI ZADANIA:

Cyframi:.....

(słownie.....zł)

10. INFORMACJA O POSIADANYM RACHUNKU BANKOWYM

W przypadku poniesienia przeze mnie kosztów za likwidację barier architektonicznych wyrażam zgodę na przekazanie przyznanego mi dofinansowania na konto bankowe

.....
(imię, nazwisko posiadacza konta lub nazwa sprzedawcy)

Nazwa Banku.....

Nr konta |_|_|_| -|_|_|_|_|_| -|_|_|_|_|_|- |_|_|_|_|_|- |_|_|_|_|_| -
|_|_|_|_|_|- |_|_|_|_|_|

11. OŚWIADCZENIA

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

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, wynosiłzł
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.

Oświadczam, że podane we wniosku dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

O zaistniałych zmianach po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni od zaistnienia zmiany.

12. ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

- 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.

13. 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.

14. UWAGI !

- 1) Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z otrzymaniem dofinansowania.
- 2) Warunkiem zrealizowania dofinansowania z zakresu likwidacji barier architektonicznych jest wcześniej zawarta umowa z PCPR.
- 3) Wyboru wykonawcy dokonuje Wnioskodawca.

15. 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) Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (umowa najmu, akt notarialny lub aktualny wypis z księgi wieczystej).
- 4) Pisemna zgoda właściciela nieruchomości na likwidację barier architektonicznych.
- 5) Kopia pełnomocnictwa ustanowienia opiekuna prawnego/pełnomocnika postanowieniem Sądu lub poświadczonego przez notariusza.

.....
czytelny podpis wnioskodawcy, pełnomocnika, opiekuna prawnego

*właściwe zakreślić

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

Wypełnia Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

**KARTA WERYFIKACJI WNIOSKÓW O DOFINANSOWANIE LIKWIDACJI BARIER
ARCHITEKTONICZNYCH**

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku „X”	Uzupełniono	Data uzupełnienia
1.	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności.			
2.	Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku ich posiadania.			
3.	Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, (umowa najmu, akt notarialny lub <u>aktualny wypis z księgi wieczystej</u>).			
4.	Pisemna zgoda właściciela nieruchomości na likwidację barier architektonicznych.			
5.	Kopia pełnomocnictwa ustanowienia opiekuna prawnego/pełnomocnika postanowieniem Sądu lub poświadczonego przez notariusza.			

Sprawdzono pod względem formalnym i merytorycznym

--	--

Opinia Zespołu ds. rozpatrywania wniosków:
wniosek zaopiniowany:

pozytywnie

kwota dofinansowania.....
uwagi (zakres prac).....
.....

negatywnie

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

Data i podpisy członków Zespołu