

Nr sprawy:

Data wpływu:



WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
likwidacji barier architektonicznych
w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

| Nazwa pola | Wartość |
|-----------------|---|
| Imię: | |
| Drugie imię: | |
| Nazwisko: | |
| PESEL: | |
| Data urodzenia: | |
| Płeć: | <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta |

ADRES ZAMIESZKANIA

| Nazwa pola | Wartość |
|----------------------|---|
| Miejscowość: | |
| Ulica: | |
| Nr domu: | |
| Nr lokalu: | |
| Kod pocztowy: | |
| Poczta: | |
| Rodzaj miejscowości: | <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś |
| Nr telefonu: | |
| Adres e-mail: | |

ADRES KORESPONDENCYJNY

Taki sam jak adres zamieszkania

| Nazwa pola | Wartość |
|---------------|---------|
| Miejscowość: | |
| Ulica: | |
| Nr domu: | |
| Nr lokalu: | |
| Kod pocztowy: | |
| Poczta: | |

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

| Nazwa pola | Wartość |
|-----------------|---|
| Imię: | |
| Drugie imię: | |
| Nazwisko: | |
| PESEL: | |
| Data urodzenia: | |
| Płeć: | <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta |

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

| Nazwa pola | Wartość |
|----------------------|---|
| Miejscowość: | |
| Ulica: | |
| Nr domu: | |
| Nr lokalu: | |
| Kod pocztowy: | |
| Poczta: | |
| Nr telefonu: | |
| Adres e-mail: | |
| Rodzaj miejscowości: | <input type="checkbox"/> Miasto <input type="checkbox"/> wieś |

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

| Nazwa pola | Wartość |
|--|---|
| Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności: | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> nie |
| Stopień niepełnosprawności: | <input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Nie dotyczy |
| Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest: | <input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia: |
| Numer orzeczenia: | |
| Grupa inwalidzka: | <input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy |
| Niezdolność: | <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> Nie dotyczy |

Rehabilitacja społeczna – **Likwidacja barier architektonicznych**

| | |
|---|---|
| Rodzaj niepełnosprawności: | <input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu: <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku: <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu: <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne <input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe |
| Niepełnosprawność jest sprzężona (więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności - musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności): | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy): | <input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny |

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

indywidualne wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:.....

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:.....

W tym liczba osób niepełnosprawnych:.....

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych ze środków finansowych PFRON:

nie korzystałem korzystałem

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

| Cel dofinansowania | Nr umowy | Data zawarcia umowy | Kwota dofinansowania | Stan rozliczenia |
|--------------------|----------|---------------------|----------------------|------------------|
| | | | | |

FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH
 Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

| Nazwa pola | Wartość |
|-------------------------------------|---|
| Właściciel konta (imię i nazwisko): | |
| Nazwa banku: | |
| Nr rachunku bankowego: | _____ - _____ - _____ - _____ - _____ - _____ - _____ - _____ |

 Wyrażam zgodę na przelew dofinansowania na konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi
OPIS BUDYNKU I MIESZKANIA

| Nazwa pola | Wartość |
|---|---|
| Budynek: | <input type="checkbox"/> dom jednorodzinny, <input type="checkbox"/> wielorodzinny komunalny, <input type="checkbox"/> wielorodzinny prywatny, <input type="checkbox"/> wielorodzinny spółdzielczy |
| Ilość pięter: | <input type="checkbox"/> budynek parterowy, <input type="checkbox"/> mieszkanie na piętrze (którym?): <input type="checkbox"/> piętrowy, |
| Przybliżony wiek budynku lub rok budowy: | |
| Liczba pokoi: | <input type="checkbox"/> + kuchnia, <input type="checkbox"/> + łazienka <input type="checkbox"/> + wc |
| Łazienka jest wyposażona w: | <input type="checkbox"/> wannę, <input type="checkbox"/> kabinę prysznicową <input type="checkbox"/> brodzik, <input type="checkbox"/> umywalkę |
| W mieszkaniu jest: | <input type="checkbox"/> instalacja wody zimnej, <input type="checkbox"/> centralne ogrzewanie, <input type="checkbox"/> ciepłej, <input type="checkbox"/> prąd, <input type="checkbox"/> kanalizacja, <input type="checkbox"/> gaz |
| Inne informacje o warunkach mieszkaniowych: | |

SYTUACJA ZAWODOWA

- Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
 Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studująca
 Bezrobotny poszukujący pracy
 Rencista poszukujący pracy
 Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
 Dzieci i młodzież do lat 18
 Inne / jakie?.....

OŚWIADCZENIE

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

- Uprzedzona(y) o odpowiedzialności karnej, wynikającej z art. 233 § 1, 2 i 3 kodeksu karnego za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni. Jestem świadoma(y) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.
- Oświadczam, że zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach zadania, w szczególności z informacją, że dofinansowanie nie obejmuje refundacji kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie.

Rehabilitacja społeczna – Likwidacja barier architektonicznych

3. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłam(em) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
4. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie wizji lokalnej i kontroli w miejscu realizacji zadania oraz na rejestrację i utrwalanie przebiegu wizji i kontroli (m.in. sporządzenie nagrań, fotografii lub filmów).
5. Oświadczam, że nie poniosłam/em żadnych kosztów realizacji zadania (zakup materiałów, rozpoczęcie prac itp.) przed dniem złożenia wniosku oraz nie poniosę ich do dnia zawarcia umowy.
6. Oświadczam, że posiadam środki finansowe na pokrycie wymaganego udziału własnego na realizację dofinansowanego przedsięwzięcia.

Informacja odnośnie przetwarzania danych osobowych wnioskodawcy:

Administratorem, czyli podmiotem decydującym o tym, które dane osobowe będą przetwarzane oraz w jakim celu, i jakim sposobem, jest POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE w Wejherowie, ul. Sobieskiego 279A, e-mail: kancelaria@pcprwejherowo.pl, tel.58 672 17 60 We wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, macie Państwo prawo kontaktować się z naszym Inspektorem ochrony danych na adres e-mail: rodo@pcprwejherowo.pl

Państwa dane osobowe są przetwarzane w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, w związku z realizacją obowiązków nałożonych przez ustawę z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatów, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w tym do wypełnienia obowiązków w tym do wypełnienia obowiązków w zakresie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c) i art. 9 ust. 2 lit. b) RODO. W przypadku dobrowolnego podania danych niewynikających z przepisów prawa podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda. Odbiorcami danych osobowych są podmioty uprawnione do ujawnienia im danych na mocy przepisów prawa. Są nimi również podmioty, które świadczą nam usługi. Dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany w przepisach dotyczących przechowywania i archiwizacji dokumentacji tj. przez 5 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym rozpatrzono wniosek albo od końca roku, w którym nastąpiło przedawnienie ewentualnych roszczeń lub do dnia wycofania się ze zgody w przypadku danych przetwarzanych na podstawie zgody.

Ma Pani/Pan prawo do: ochrony swoich danych osobowych, żądania dostępu do nich oraz otrzymywania ich kopii, żądania sprostowania (poprawienia) swoich danych, żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych oraz prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (00-193 Warszawa, ul. Stawki 2, e-mail: kancelaria@uodo.gov.pl). Ponadto, w odniesieniu do danych przetwarzanych na podstawie zgody macie Państwo prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie oraz żądania usunięcia danych, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Wycofać się ze zgody można w formie wysłania żądania na nasz adres e-mail lub adres pocztowy. Konsekwencją wycofania się ze zgody będzie brak możliwości przetwarzania przez nas tych danych. Podanie danych wynikających z przepisów prawa jest obowiązkowe. Odmowa podania danych będzie skutkować brakiem realizacji wniosku.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis Wnioskodawcy

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

| Lp. | Plik |
|-----|---|
| 1. | <input type="checkbox"/> Kopia ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) lub o niepełnosprawności dziecka; |
| 2. | <input type="checkbox"/> Udokumentowany tytuł prawny do lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych, np. akt notarialny, umowa najmu, przydział lokalu; |
| 3. | <input type="checkbox"/> Pisemna zgoda właściciela lokalu na wykonanie robót, jeśli lokal nie stanowi własności wnioskodawcy; |
| 4. | <input type="checkbox"/> uwierzytelnione pełnomocnictwo lub postanowienie Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego - w przypadku, gdy wnioskodawca |
| 5. | <input type="checkbox"/> |
| 6. | <input type="checkbox"/> |