Pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nr kolejny wniosku data złożenia kompletnego wniosku

**WNIOSEK**

**o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier architektonicznych**

**w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej**

**DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**

Imię i nazwisko ............................................................................................................................................

Adres zamieszkania ....................................................................................................................................

PESEL .........................................................................................................................................................

Numer telefonu ............................................................................................................................................

Numer i nazwa konta bankowego ………………………………………………………………..……………….

**DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO DLA MAŁOLETNIEGO WNIOSKODAWCY**

Imię i nazwisko ............................................................................................................................................

Adres zamieszkania .....................................................................................................................................

PESEL ..........................................................................................................................................................

Numer telefonu .............................................................................................................................................

**STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB JEGO ODPOWIEDNIK1:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. pierwsza grupa (znaczny stopień niepełnosprawności) |  |
| 2. druga grupa (umiarkowany stopień niepełnosprawności) |  |
| 3. trzecia grupa (lekki stopień niepełnosprawności) |  |
| 4. dziecko do 16 lat z orzeczoną niepełnosprawnością |  |

**1 wstawić X w odpowiednim miejscu**

**RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI1:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim |  |
| 2. inna dysfunkcja narządu ruchu |  |
| 3. dysfunkcja narządu wzroku |  |
| 4. dysfunkcja narządu słuchu |  |
| 5. dysfunkcja narządu mowy |  |
| 6. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe) |  |
| 7. pozostałe wraz ze schorzeniami sprzężonymi |  |
| 8. inne |  |

**SYTUACJA ZAWODOWA1**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. zatrudniony\*/prowadzący działalność gospodarczą\* |  |
| 2. osoba w wieku od 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 |  |

**SYTUACJA MIESZKANIOWA – warunki mieszkaniowe (wypełnia pracownik Centrum)**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. złe |  |
| 2. przeciętne |  |
| 3. dobre |  |
| 4. bardzo dobre |  |

**SYTUACJA MIESZKANIOWA – OPIS BUDYNKU I MIESZKANIA**

1. dom jednorodzinny\*, wielorodzinny prywatny\*, wielorodzinny komunalny\*, wielorodzinny spółdzielczy\*,

2. inne\*………………………………………………………………………………………………………………..

3. budynek parterowy\*, piętrowy\*, mieszkanie na …………………(proszę podać kondygnację)

4. przybliżony wiek budynku lub rok budowy…................................

5. opis mieszkania: pokoje…………(podać liczbę), z kuchnia\*, bez kuchni\*, z łazienką\*, z wc\*, bez wc\*

6. łazienka jest wyposażona w: wannę\*, brodzik\*, kabinę prysznicową\*, umywalkę\*

7. w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej\*, ciepłej\*, kanalizacja\*, centralne ogrzewanie\*, prąd\*, gaz\*,

8. inne informacje o warunkach mieszkaniowych ……………………………………………………….……...

…...................................................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………..…….

…………………………………………………………………………………………………………………..…….

…………………………………………………………………………………………………………………..…….

…………………………………………………………………………………………………………………..…….

**SYTUACJA MIESZKANIOWA – ZAMIESZKUJE1**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. samotnie |  |
| 2. z rodziną |  |
| 3. z osobami niespokrewnionymi |  |

**1 wstawić X w odpowiednim miejscu**

**\*niepotrzebne skreślić**

**OSOBY POZOSTAJĄCE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z WNIOSKODAWCĄ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | **Średni miesięczny dochód netto** |
| 1. | **Wnioskodawca (Imię i Nazwisko):**  **……………………………………………………** | |  |
| Pozostali członkowie  wspólnego gospodarstwa domowego  Wnioskodawcy – **obok należy wymienić stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą** | | **Rodzaj niepełnosprawności**  (w przypadku osób  we wspólnym gospodarstwie domowym) |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| 7. |  |  |  |
| **Razem** | | |  |

**KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW FINANSOWYCH PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH1**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **(1)** | **(2)** |
| 1. na likwidację barier architektonicznych |  |  |
| a) nie korzystałem |  |  |
| b) korzystałem |  |  |
| 2. korzystałem na inne cele ustawowe i rozliczyłem się |  |  |
| 3. korzystałem na inne cele ustawowe i jestem w trakcie rozliczenia |  |  |
| 4. korzystałem i nie rozliczyłem się |  |  |

**DANE INFORMUJACE O WNIOSKODAWCY 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **a) wykształcenie** | zaznacz właściwe | **b) rodzaj źródła utrzymania** | zaznacz właściwe |
| 1. niepełne podstawowe |  | 1. wynagrodzenie za pracę |  |
| 2. podstawowe |  | 2. przychody z działalności gospodarczej |  |
| 3. zawodowe |  | 3. renta stała\*/ emerytura\* |  |
| 4. średnie ogólnokształcące |  | 4. renta okresowa |  |
| 5. średnie zawodowe |  | 5. renta szkoleniowa |  |
| 6. policealne |  | 6. zasiłek dla bezrobotnych |  |
| 7. wyższe |  | 7. zasiłek socjalny |  |
| 8. wyższe ze stopniem naukowym |  | 8. stypendium |  |
|  | | 9. alimenty\*/ inne\* |  |

**CEL LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH (PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA)**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier i orientacyjny koszt (w kolejności od najważniejszego dla Wnioskodawcy)**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

**1 wstawić X w odpowiednim miejscu**

**2 wpisać przyznaną kwotę dofinansowania ze środków PFRON**

**\*niepotrzebne skreślić**

**Kwota wnioskowana ze środków PFRON (max. do 95 %)**……………………………………………. zł

**Deklarowany udział Wnioskodawcy w kosztach** **przedsięwzięcia** **(min. 5 %):**................................ zł

**OŚWIADCZENIE:**

1. Przyjmuję do wiadomości, że administratorem zebranych danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kościerzynie, przy ul. Krasickiego 4.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON do likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej zgodnie z art. 35 a ust. 1 pkt 7d ustawy z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2024 r. poz. 44).
3. Oświadczam, że znam prawo do wglądu, zmiany i żądania zaprzestania przetwarzania swoich danych.
4. Podanie danych jest dobrowolne.
5. Oświadczam, iż nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. 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.
6. Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r.- Kodeks Karny (tj. Dz. U. z 2022 r., poz. 1138 ze zmianami) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
7. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

**………………………………………………………………………**

**(podpis Wnioskodawcy\*, przedstawiciela ustawowego\*,**

**opiekuna prawnego\*, pełnomocnika\*)**

**Załączniki do wniosku ( OBOWIĄZKOWE) :**

1. Kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2024 r. poz. 44),
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób,
3. Oświadczenie o dochodach Wnioskodawcy i osób zamieszkujących wspólnie z Wnioskodawcą **(Załącznik nr 1)**,
4. Wstępny kosztorys ofertowy **(Załącznik nr 2)**,
5. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności **(Załącznik nr 3)**,
6. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (własność, umowa najmu),
7. Zgoda właściciela budynku (w koniecznych przypadkach).

**\*niepotrzebne skreślić**

**Adnotacje przyjmującego wniosek (wypełnia pracownik Centrum)**

**Etap I**

**Opinia merytoryczna dotycząca poprawności rozwiązań technicznych i kosztów likwidacji barier (wizja lokalna)**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………….

(data i podpis)

**Etap II**

**Sposób rozpatrzenia wniosku**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*…………………………………………………………………….*

(data i podpis)

Załącznik nr 1 do formularza wniosku

**OŚWIADCZENIE**

**o dochodach Wnioskodawcy oraz osób pozostających**

**we wspólnym gospodarstwie domowym**

Niniejszym oświadczam, iż przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, pomniejszony o obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, oraz kwotę alimentów świadczonych podzielony przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za rok podatkowy poprzedzający rok, w którym składany jest wniosek,

**wynosił ................................................... zł.**

**Sposób obliczania dochodu rodziny:**

**łączny dochód we wspólnym gospodarstwie**

**przeciętny miesięczny dochód domowym obliczony za rok podatkowy, poprzedzający rok, w którym składany jest wniosek**

**przypadający na jedną osobę pozostającą = -----------------------------------------------------------we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą 12 miesięcy i liczbę osób we wspólnym gosp. dom.**

**Uwaga:**

**W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzja, na podstawie której przyznano środki finansowe PFRON, zostanie anulowana a Wnioskodawca zobowiązany zostanie do zwrotu przekazanych przez PCPR środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonania przez PCPR płatności tych środków.**

**Pouczenie:**

Osoba składająca niniejsze oświadczenie ma prawo do wglądu do swych danych oraz do ich uzupełniania i sprostowania, a także do wniesienia pisemnego, umotywowanego żądania zaprzestania przetwarzania jej danych.

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

Data Czytelny podpis Wnioskodawcy

Załącznik nr 2 do formularza wniosku

**WSTĘPNY KOSZTORYS OFERTOWY**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot dofinansowania** | **Cena zakupu** |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |
| **3.** |  |  |
| **4.** |  |  |
| **5.** |  |  |
| **6.** |  |  |
| **7.** |  |  |
| **8.** |  |  |
| **9.** |  |  |
| **10.** |  |  |
| **11.** |  |  |
| **12.** |  |  |
| **13.** |  |  |
| **14.** |  |  |
| **15.** |  |  |
| **16.** |  |  |
| **17.** |  |  |
| **RAZEM** | |  |

**....................................................... ........................................................................**

Miejscowość i data Podpis Wnioskodawcy,

bądź osoby, która sporządziła kosztorys

Załącznik nr 3 do formularza wniosku

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

(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

**ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA**

Imię i nazwisko ……………………………………….......................................................................................

Data urodzenia …………………………………….……………………………………………………………….

PESEL ……………………………………….......................................................................................

Adres zamieszkania ………………………………………………………………..............................................

**I. Rozpoznanie choroby zasadniczej:**

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

**II. Niepełnosprawność pacjenta dotyczy (zaznaczyć właściwe):**

brak obu kończyn górnych

brak jednej kończyny górnej

brak obu kończyn dolnych

brak jednej kończyny dolnej

znaczny niedowład obu kończyn górnych

znaczny niedowład obu kończyn dolnych

jednoczesna dysfunkcja kończyny dolnej i górnej

jednoczesna dysfunkcja kończyn górnych i dolnych

dysfunkcja narządu wzroku

dysfunkcja narządu słuchu

dysfunkcja narządu mowy

deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)

inne schorzenie (jakie?): …......................................................................................................................

…..................................................................................................................................................................

**III. Konsekwencje uszkodzenia organizmu (samodzielność, toaleta, odżywianie, poruszanie się, ubieranie, potrzeby fizjologiczne):**

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

**IV. Czy wymaga opieki osób drugich – stałej / częściowej, w jakim zakresie:**

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

Zaświadczenie lekarskie wydaje się celem rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier architektonicznych.

…….................................. ……………………….……………

Data Podpis i pieczęć lekarza

**KLAUZULA INFORMACYJNA DLA KLIENTÓW**

Szanowni Państwo, zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) zwanego dalej RODO. informujemy, iż:

1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kościerzynie, ul. Krasickiego 4, 83-400 Kościerzyna.**

2) Powołaliśmy Inspektora Ochrony Danych Pana Tomasza Henzler, z którym można kontaktować się pod adresem e-mail: inspektorochronydanych@pcprkoscierzyna.pl lub telefonicznie pod numerem tel.: 533-686-100

3) Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań PCPR w Kościerzynie zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

4) Odbiorcami danych osobowych mogą być podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa np. sądy, Policja, ZUS, organ prowadzący i nadzorujący, a ponadto firmy zewnętrzne świadczące nam usługi lub inne podmioty, którym administrator powierzy przetwarzanie danych osobowych.

5) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.

6) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okresy wynikające z przepisów prawa oraz będą archiwizowane zgodnie z regulacjami obowiązującymi w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Kościerzynie.

7) Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu.

8) Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do UODO gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.

9) Podanie danych osobowych w celu wykonania przez Administratora obowiązku prawnego jest wymogiem ustawowym. W przypadku braku podania danych osobowych realizacja zadania przez PCPR będzie niemożliwa.

10) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania. Nie posiadamy również systemu zautomatyzowanego podejmowanie decyzji.

………………………………………………….

Podpis osoby informowanej