

Numer sprawy.....
(wypełnia PCPR)

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
w Częstochowie
ul. Jana III Sobieskiego 9
42 – 217 Częstochowa**

W N I O S E K

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania, w związku z indywidualnymi potrzebami osoby niepełnosprawnej

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dn.25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań Powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON (t.j. Dz. U. z 2013 r., poz. 1190 ze zm.):

- 1) o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych może ubiegać się osoba niepełnosprawna, mająca trudności w poruszaniu się, jeżeli jest właścicielem nieruchomości lub użytkownikiem wieczystym nieruchomości albo posiada zgodę właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego w którym stale zamieszkuje, jeżeli jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności, a realizacja zadania umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem (§ 6 ust. 1),
- 2) dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON (§ 9 ust. 4).

DANE WNIOSKODAWCY /proszę wypełnić drukowanymi literami/

.....
nazwisko i imię / imiona

seria..... nr wydany w dniu przez
dowód osobisty

nr PESEL ważnym do.....

miejscowość ulica nr domu nr lokalu.....

nr kodu-..... poczta województwo

powiatnr tel./faxy (z nr kier.).....

POSIADANE ORZECZENIE*

a) o stopniu niepełnosprawności ZNACZNYM UMIARKOWANYM LEKKIM

b) o zaliczeniu do jednej z grup I II III
inwalidów

- c) o całkowitej/ o częściowej niezdolności do pracy/ o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym/ o niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji,
d) o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia.

**właściwe podkreślić*

Rodzaj niepełnosprawności /1/

1.	dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
2.	wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	
3.	dysfunkcja narządu ruchu – porażenie 4-kończynowe	
4.	dysfunkcja narządu ruchu – porażenie połowiczne (lewostronne, prawostronne)	
5.	dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się o balkoniku, o kulach	
6.	dysfunkcja narządu ruchu - osoba leżąca	
7.	Inna dysfunkcja narządu ruchu	
8.	Dysfunkcja narządu wzroku – osoba niewidoma	
9.	Inna dysfunkcja narządu wzroku	
10.	niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

/1/ proszę wstawić x we właściwej rubryce

Sytuacja zawodowa wnioskodawcy (1)

zatrudniony* / prowadzący działalność gospodarczą*	
bezrobotny poszukujący pracy* / rencista poszukujący pracy*	
rencista*/emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy	
młodzież w wieku od lat 18 do 24 ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca	
dzieci i młodzież do lat 18	

* niepotrzebne skreślić

/1/ proszę wstawić x we właściwej rubryce

Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
/1/

1. Na likwidację barier urbanistycznych i 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 rozliczania	
4. Korzystałem *i nie rozliczyłem się	

/1/ proszę wstawić x we właściwej rubryce

*należy podać wysokość dofinansowania, kiedy i na jaki cel :.....

.....

.....

.....

.....

*niepotrzebne skreślić

Informacje o sytuacji mieszkaniowej Wnioskodawcy

– **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 kuchnią*, bez kuchni*, z łazienką*, bez łazienki*, 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 (np. czy jest winda, podjazd)

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

* niepotrzebne skreślić

Wnioskodawca zamieszkuje ^{/1/}

samotnie	
Z rodziną	
Z osobami nie spokrewnionymi	

/1/ proszę wstawić x we właściwej rubryce

Krótkie uzasadnienie składanego wniosku:

.....
.....

Miejsce realizacji zadania

.....

Przewidywany zakres robót do wykonania:

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

Przewidywany koszt realizacji zadania brutto z Vat-em (liczbowo)złoty

(słownie).....
.....

Przewidywany termin rozpoczęcia i realizacji zadania (podać w jakim okresie czasu po podpisaniu umowy nastąpi realizacja)

.....

Kwota wnioskowanego dofinansowania w złotych (do 95 % kosztu zadania)..

(liczbowo)..... złotych

słownie:

.....

Czy będę korzystać z innych źródeł dofinansowania (podać jakie):

.....

.....

Sytuacja materialna wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE

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, wynosił zł.

Słownie:

..... zł

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych. O wszelkich zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy kosztem zadania a przyznaną ze środków PFRON kwotą dofinansowania.

.....

(**podpis Wnioskodawcy*** / Przedstawiciela ustawowego* /
Opiekuna prawnego* / Pełnomocnika*)

** niepotrzebne skreślić*

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a rozporządzenia 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) (Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej, L rok 2016 nr 119, poz. 1) wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Częstochowie z siedzibą w Częstochowie przy ul. Jana III Sobieskiego 9 moich danych osobowych zawartych we wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania, w związku z indywidualnymi potrzebami osoby niepełnosprawnej w celu przyznania dofinansowania.

.....
(**podpis Wnioskodawcy*** / Przedstawiciela ustawowego* /
Opiekuna prawnego* / Pełnomocnika*)
* *niepotrzebne skreślić*

KLAUZULA INFORMACYJNA

Działając zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego 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 – dalej w skrócie zwane RODO, informujemy, iż:

Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Częstochowie z siedzibą w Częstochowie przy ul. Jana III Sobieskiego 9 tel. 34/3229206, fax. 34/3229207 . Dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych wynika z art. 6 ust 1 pkt a) RODO (przetwarzanie danych osobowych jest zgodne z prawem jeżeli osoba, której dane dotyczą wyraziła zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych w jednym lub większej liczbie określonych celów), Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie określenia rodzajów zadań Powiatu, ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Odbiorcy danych osobowych: upoważnieni pracownicy, podmioty przetwarzające na podstawie umowy powierzenia w związku z realizacją wniosku oraz organy uprawnione na podstawie obowiązujących przepisów prawa. Dane osobowe będą przechowywane przez okres wskazany w aktualnych przepisach archiwalnych Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Częstochowie. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści danych osobowych podanych we wniosku oraz prawo ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy dotyczące ochrony danych osobowych. Kontakt z inspektorem ochrony danych pod adresem iod@pcprcwa.pl. Wyrażenie zgody przez Panią/Pana na przetwarzanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich nie podanie uniemożliwi przyznanie dofinansowania.

Przedstawiciel ustawy (dla małoletniego Wnioskodawcy), Opiekun prawny lub Pełnomocnik.

.....
nazwisko i imię / imiona

seria..... nr wydany w dniu przez
dowód osobisty

nr PESEL ważnym do.....

miejsowość ulica nr domu nr lokalu.....

nr kodu-..... poczta województwo

powiat

nr tel./faxu (z nr kier.)

ustanowiony Opiekunem* / Pełnomocnikiem*

*postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. sygn. akt

*na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza

z dnia repet. nr

* *niepotrzebne skreślić*

Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) – oryginał do wglądu.
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, (jeśli dotyczy) – oryginał do wglądu.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju schorzenia oraz określenie, czy schorzenie powoduje dysfunkcję narządu ruchu, wzroku, lub wpływa na sposób poruszania się. Podać z jakich pomocy (np. wózek inwalidzki ,kule, balkonik itp.) osoba korzysta .
4. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (akt własności, umowa najmu, zaświadczenie o zameldowaniu na pobyt stały) – oryginał do wglądu.
5. W przypadku, gdy wnioskodawca jest osobą pełnoletnią, ale niezdolną do czynności prawnych (osoby nieprzytomne, ubezwłasnowolnione) - kopia orzeczenia sądowego wskazującego inną osobę do reprezentowania interesów wnioskodawcy i zawarcia umów cywilno-prawnych w jej imieniu– oryginał do wglądu.
6. Inne wymagane dokumenty, w zależności od potrzeb.