………..…………/............. ….…………………… numer kolejny wniosku data wpływu wniosku

**W N I O S E K**

**o dofinansowanie ze środków**

***Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych***

**likwidacji barier architektonicznych□/ technicznych□**

**w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej**

**A. Dane dotyczące Wnioskodawcy** ( **wpisać dane osoby niepełnosprawnej** )

Imię i nazwisko……………………………………………...syn/córka………………………………

Dowód osobisty: seria……nr………………wydany w dniu…………przez…………...……………

Nr PESEL…………………...................Nr telefonu………….............................................................

Adres zamieszkania: Nr kodu………………….Gmina……………………………………................

Miejscowość………………………….ulica…………………………..nr domu……nr lokalu……...

Nazwa banku i numer rachunku bankowego ( w przypadku posiadania )……………………………………

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

**I. Stopień niepełnosprawności \***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Znaczny |  |
|  | Inwalidzi I grupy |  |
|  | Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji |  |
|  | Osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny |  |
|  | Osoby w wieku do 16 lat |  |
| 2. | Umiarkowany |  |
|  | Inwalidzi II grupy |  |
|  | Osoby całkowicie niezdolne do pracy, częściowo niezdolne do pracy- orz.wyd.od 1.01.98 r – 16.08.98 r |  |
|  | Inwalidzi III grupy ze względu na głuchotę lub głuchoniemotę |  |
| 3. | Lekki |  |
|  | Pozostali inwalidzi III grupy |  |
|  | Osoby częściowo niezdolne do pracy |  |
|  | Osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym |  |

**II. Rodzaj niepełnosprawności \***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim, wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk, nogi lub nóg |  |
| 2. | Inna dysfunkcja narządu ruchu |  |
| 3. | Dysfunkcja narządu wzroku |  |
| 4. | Dysfunkcja narządów słuchu i mowy |  |
| 5. | Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe) |  |
| 6. | Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia |  |

**\* - wstawić X we właściwej rubryce**

Strona 1 z 5

**III. Sytuacja zawodowa wnioskodawcy\***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Zatrudniony \*/ prowadzący działalność gospodarczą\* |  |
| 2. | Osoba w wieku od 18 lat 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 18 roku życia |  |

**IV. Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje\***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Zamieszkuje samotnie |  |
| 2. | Zamieszkuje z rodziną |  |
| 3. | Zamieszkuje z osobami nie spokrewnionymi |  |

**V. Opis budynku lub mieszkania** (\*- podkreślić i uzupełnić)

1. Dom jednorodzinny\*, wielorodzinny prywatny\*, wielorodzinny komunalny\*, wielorodzinny\*,

spółdzielczy, inne\*………………………………………………………………………………….

2. Budynek parterowy\*, piętrowy\*, mieszkanie na …………………(proszę podać kondygnację)

3. Przybliżony wiek budynku lub rok budowy………………………

4. Opis mieszkania: pokoje….(podać liczbę), z kuchnią\*, bez kuchni\*, z łazienką\*, bez łazienki\*,

z wc\*, bez wc\*,

5. Łazienka jest wyposażona w: wannę\*, brodzik\*, kabinę prysznicową\*, umywalkę\*,

6. W mieszkaniu jest: instalacja zimnej wody\*, ciepłej wody\*, kanalizacja\*, centralne ogrzewanie\*,

prąd\*, gaz\*, brak ............................................................................................................................

7. Inne informacje o warunkach mieszkaniowych utrudniających funkcjonowanie i obsługę osoby

niepełnosprawnej………………………………………………………………………………...……………...................………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………...…………..…………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**\* - podkreślić odpowiednio**

Strona 2 z 5

## VI. OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Niniejszym oświadczam, **że średni miesięczny dochód rodziny**, *w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych*, **podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku,**

wynosił…………….............……………..................................................................................…. zł

słownie: ......................................................................................................................................

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

VII. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Czy Wnioskodawca ubiegał się o dofinansowanie z PFRON | | | | | TAK | NIE |
| Nr umowy i data zawarcia | Kwota | Cel | Termin rozliczenia | Stan rozliczenia | | |
|  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  | | |
| Razem: |  | Razem kwota rozliczona | |  | | |

**VIII. Miejsce realizacji zadania, przewidywany czas realizacji zadania (termin rozpoczęcia zadania oraz przewidywany termin zakończenia zadania), cel i uzasadnienie dofinansowania likwidacji barier: architektonicznych□/technicznych □ (zaznacz odpowiednio)**

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

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

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

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

Strona 3 z 5

**IX. Przewidywany koszt realizacji zadania**

Wykaz planowanych przedsięwzięć ( inwestycji, zakupów ) w celu likwidacji barier i orientacyjny koszt ( w kolejności od najważniejszego dla Wnioskodawcy )

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **zadanie** | **Orientacyjny koszt** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |
| 7. |  |  |
| 8. |  |  |
| Łącznie koszt zadania ( stanowi 100 % wartości ) | |  |
| **Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON**  **- do 95% kosztów zadania** | |  |

**X. Deklarowany udział własny i informacja o innych źródłach dofinansowania** ( w przypadku innych źródeł finansowania należy udokumentować ).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Deklarowany przez wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania - min 5 %  - ponad 5 % |  |
| 2. | Deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania |  |

Strona 4 z 5

**XI. Oświadczenia**

Oświadczenie składam świadomy odpowiedzialności karnej za podanie danych niezgodnych z prawdą.

Oświadczam, że posiadam środki finansowe jako udział własny w wysokości minimum 5% wartości wnioskowanego zadania.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

……………………………………………………

Podpis wnioskodawcy\*, przedstawiciela ustawowego\*,

Opiekuna prawnego\*, pełnomocnika\*

**\* - podkreślić odpowiednio**

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny, lub pełnomocnik

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

Dowód osobisty: seria……nr………………wydany w dniu…………przez……………………..……

Nr PESEL………………….......… Nr telefonu………….......................................................................

Adres zamieszkania: Nr kodu………………….Gmina………………………………………………...

Miejscowość………………………….ulica…………………………..nr domu……nr lokalu…...…...

Nazwa banku i numer rachunku bankowego………………………………………………………...…

**Załączniki do wniosku:**

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności wnioskodawcy,

2. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności *(na druku: Załącznik do wniosku nr 1*)*.*

3. Udokumentowanie zamieszkania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych, technicznych (*akt własności lub użytkowania wieczystego nieruchomości, umowa najmu lokalu, zgoda właściciela budynku lub lokalu, w którym stale zamieszkuje osoba niepełnosprawna, na likwidację barier*).

4. Oferty cenowe, prospekty urządzeń i sprzętu technicznego.

5. Zaświadczenie o zameldowaniu.

6. Inne dokumenty uzupełniające, wymagane w trakcie rozpatrywania wniosku.

Strona 5 z 5

**Załącznik nr 1**

do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON data …………………………….

uzasadnionego potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

*Wydane dla potrzeb PFRON*

***w celu dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych* □/*technicznych* □**

Imię i nazwisk pacjenta…………………………………………………………….……

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

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej…………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia niepełnosprawności lub

orzeczenia o stopniu niepełnosprawności……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące………………….

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

………………………………………………………………………………………………

4. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualnie potrzeby

w tym zakresie…………………………………………………………………………….

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

5. Pacjent nie porusza się /porusza się na wózku inwalidzkim o napędzie …………….……

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

6. Niepełnosprawność pacjenta dotyczy (zakreślić właściwe);

* narząd ruchu, w zakresie……………………………………………………………..……….……………
* brak obu kończyn górnych
* znaczny niedowład obu kończyn górnych
* jednoczesnej dysfunkcji kończyny dolnej i górnej
* jednoczesnej dysfunkcji co najmniej jednej kończyny górnej i kończyn dolnych
* jednoczesnej dysfunkcji kończyn górnych i dolnych
* inne schorzenie

7. **Uzasadnienie** **indywidualnej potrzeby** **likwidacji barier architektonicznych □/technicznych** □

(podać nazwę) cel i zasadność jakiemu ma służyć wnioskowane zadanie, rodzaj………..…

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

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

………………………………

**pieczątka i podpis lekarza**

Zgodnie z § 6 pkt 1, pkt 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015 r. poz. 926) – o dofinansowanie do likwidacji barier:

- architektonicznych ze środków Funduszu mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, które mają trudności w poruszaniu się, jeżeli są właścicielami nieruchomości lub użytkownikami wieczystymi nieruchomości albo posiadają zgodę właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego, w którym stale zamieszkuje,

- technicznych ze środków Funduszu mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, jeżeli jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności.

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art.13 ust. 1, 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) (Dz.U. UE L z 2016 r. Nr 119, s.1) - dalej RODO, informujemy, że:

1. **Administratorem Pani/Pana danych osobowych** jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie   
   z siedzibą w Opolu przy ul. Książąt Opolskich 27 w 45 – 005 Opole tel. 77 4420504   
   Fax 774410505; e-mail: [**pcpropole@pcpropole.pl**](mailto:pcpropole@pcpropole.pl)**,** zwany dalej Administratorem.
2. **Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony danych Osobowych,** z którym można skontaktować się w sprawach związanych z ochroną swoich danych osobowych:   
   - adres poczty elektronicznej: e-mail: [krzysztofalex@o2.pl](mailto:krzysztofalex@o2.pl) lub pisemnie na adres naszej siedziby.
3. **Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu** realizacji przez Administratora zadań,   
   w szczególności w zakresie dofinansowanie ze środków PFRON, wynikających z przepisu prawa,   
   w tym przepisów szczegółowych określających zadania statutowe - **na podstawie**  ***art. 6 ust 1 e*** ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. – RODO.
4. **Odbiorcą Państwa danych będą:**

- organy uprawnione do dostępu do danych osobowych na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

5. **Państwa osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.**

6. **Państwa dane osobowe będą przechowywane** przez okres niezbędny do realizacji celu dla jakiego zostały zebrane i przetwarzane. Mogą być usunięte po upływie okresu określonego dla danej kategorii dokumentacji okresu przechowywania, w zależności od kategorii archiwalnej danej sprawy, zgodnie z przepisami określonymi w ustawie z dnia 14 lipca 1983 r.   
o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz.U. z 2018 r., poz. 217) oraz w Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz.U. z 2011 r. Nr 14 poz.67).

7**.** **W związku z przetwarzaniem danych osobowych Pani/Pana lub innej osoby, której dotyczy** **dofinansowanie ze środków PFRON, przysługuje**  prawo dostępu do danych osobowych oraz prawo do sprostowania usunięcia (prawo do bycia zapomnianym), ograniczenia przetwarzania, prawo   
do przenoszenia danych do innego administratora, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych.

W przypadku przetwarzania Pani/Pana danych na podstawie zgody, ma Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody w dowolnym momencie nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

1. **Mają Państwo prawo wniesienia skargi** do organu nadzorczego Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
2. **Podanie przez Panią/Pana danych osobowych** **lub innej osoby której dotyczy dofinansowanie ze środków PFRON jest dobrowolne**, lecz niezbędne w celu realizacji zadań związanych   
   z dofinansowaniem ze środków PFRON.

W przypadku nie podania przez Panią/Pana swoich danych osobowych, nie będziemy mogli zrealizować celu zadania ustawowego, co może skutkować konsekwencjami przewidzianymi przepisami prawa.

10.**Państwa dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.**

**Zapoznałam/em się:**

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

*(data, podpis osoby, której dane dotyczą)*