

**WNIOSEK
O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU
REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH KOSZTÓW
LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH**

I. Dane dotyczące Wnioskodawcy:

1. Imię i nazwisko

Data urodzenia:PESEL

2. Adres zamieszkania:

miejsowość ul.nr domu/lokalu

kod - poczta

3. Numer telefonu:

4. Adres email:

5. Numer konta bankowego:

Nazwa banku:

6. W przypadku, gdy osobą niepełnosprawną, której dotyczy wniosek jest dziecko w wieku do 18 lat, należy podać:

Imię i nazwisko dziecka:

Datę urodzenia dziecka: PESEL.....

7. Oświadczenie wnioskodawcy o wysokości dochodów i liczbie członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

Oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

| | | |
|--|--------------------------------------|--|
| Imię i nazwisko | Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą | Przeciętny miesięczny dochód (netto) obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (1) |
| Wnioskodawca | / | |
| pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa: | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| RAZEM: | | |

a przeciętny miesięczny dochód na jednego członka rodziny wynosi zł.

8. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON w okresie 3 lat poprzedzających złożenie wniosku:

czy korzystał/a Pan/Pani ze środków PFRON?
jeśli tak, proszę określić:

| cel dofinansowania | data i numer umowy | kwota przyznanego dofinansowania | Kwota rozliczona |
|--------------------|--------------------|----------------------------------|------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

II. Sytuacja mieszkaniowa Wnioskodawcy:

| | | |
|----|--------------------|--|
| 1. | Dom: | 1) dom jednorodzinny 2) dom wielorodzinny prywatny 3) wielorodzinny komunalny 4) wielorodzinny spółdzielczy 5) inny: jaki? |
| 2. | Liczba pokoi | Oddzielna kuchnia 1) tak 2) nie |

| | | | |
|----|--|--|-----------------------|
| 3. | Budynek: 1) parterowy 2) piętrowy - mieszkanie na piętrze | | |
| 4. | Przybliżony wiek budynku lub rok budowy | | |
| 5. | Wyposażenie mieszkania w instalacje: | | |
| | Woda zimna: 1) w mieszkaniu 2) poza mieszkaniem 3) poza budynkiem 4) brak wody | Woda ciepła: 1) w mieszkaniu 2) poza mieszkaniem 3) poza budynkiem 4) brak wody | |
| | Ogrzewanie: 1) piece węglowe 2) ogrzewanie centralne 3) ogrzewanie centralne – gazowe 4) ogrzewanie elektryczne – akumulacyjne 5) brak ogrzewania | | |
| | Łazienka: 1) w mieszkaniu 2) poza mieszkaniem 3) brak | WC: 1) w mieszkaniu 2) poza mieszkaniem 3) poza budynkiem | |
| | Prąd: 1) tak 2) nie | Kanalizacja: 1) tak 2) nie | Gaz: 1) tak 2) nie |
| 6. | Wyposażenie łazienki: 1) wanna 2) brodzik 3) kabina prysznicowa 4) umywalka | | |
| 7. | Inne informacje o warunkach mieszkaniowych (występujących utrudnieniach dla osoby niepełnosprawnej)..... | | |

III. Informacje dotyczące przedmiotu wniosku:

1. Przedmiot dofinansowania:
.....
.....
.....

2A. Od ręczny szkic pomieszczenia budynku, w którym zlikwidowane mają zostać bariery wraz z naniesionymi wymiarami oraz usytuowaniem urządzeń lub od ręczny szkic projektowanych na zewnątrz budynku elementów likwidacji barier (np. pochylni) wraz z naniesionymi wymiarami

UWAGI: NIE JEST WYMAGANY RYSUNEK TECHNICZNY



3. Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON zł
(słownie: zł)

[wysokość dofinansowania kosztu likwidacji barier wynosi do 80% kosztu realizacji zadania, nie więcej jednak niż do wysokości piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia.

Dofinansowanie nie obejmuje kosztów poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy ze Starostą]

4. Miejsce realizacji zadania (instalacji urządzeń/wykonania robót):

miejsowość ul. nr domu/lokalu

5. Termin realizacji zadania:

Termin rozpoczęcia przewidywany czas realizacji zadania

6. Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania (do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek) wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania:

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

7. Uzasadnienie potrzeby wykonania prac objętych wnioskiem, w związku z niepełnosprawnością Wnioskodawcy:

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

Oświadczam, że:

- powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych 1,
- o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować PCPR w ciągu 14 dni;
- nie ubiegam, nie ubiegałam/ubiegałem się o dofinansowanie ze środków PFRON na cel, którego dotyczy niniejszy wniosek za pośrednictwem innego samorządu powiatowego;
- nie posiadam zaległości w terminowym regulowaniu wymagalnych zobowiązań wobec PFRON;
- warunki zawartych z PFRON umów, w ciągu 3 lat poprzedzających złożenie wniosku, zostały dotrzymane (jeżeli zawierane były jakieś umowy).

Data:

.....
(podpis Wnioskodawcy)

KLAUZULA INFORMACYJNA POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE W ZAKOPANEM

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych jest udzielona dobrowolnie na podstawie art. 6 ust. 1 lit a) oraz art. 9 ust. 2 lit. a. 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, dalej RODO).

Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem, przy ul. Heleny Modrzejewskiej 5 moich danych osobowych w postaci: imienia i nazwiska, nr PESEL, daty urodzenia, płci, adresu zamieszkania, numeru telefonu, adresu e-mail, informacji zdrowotnych dotyczących mojej niepełnosprawności oraz danych rachunku bankowego.

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem przy ul. Heleny Modrzejewskiej 5, 34-500 Zakopane, reprezentowane przez Dyrektora Renatę Zielińską.
2. W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem został powołany Inspektor Ochrony Danych, z którym można kontaktować się telefonicznie: **799 186 893** oraz mailowo: randal999@wp.pl.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań urzędu z zakresu rehabilitacji społecznej.
4. W związku z przetwarzaniem przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem, Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo do:
 - dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO z zastrzeżeniem, że udostępniane dane osobowe nie mogą ujawniać informacji niejawnych, ani naruszać tajemnic prawnie chronionych, do których zachowania zobowiązane jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem;
 - sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO;
 - ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 RODO;
5. W przypadku uznania, iż przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Potwierdzam otrzymanie od Administratora Danych osobowych załącznika informacyjnego zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 RODO, z którym się zapoznałam/em i przyjąłam/em do wiadomości.

Data:

.....
(podpis Wnioskodawcy)

¹ art. 233 § 1 kk „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie Ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 6 lat”.

Załącznik nr 5 do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier architektonicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

**KLAUZULA INFORMACYJNA POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE
W ZAKOPANEM
DLA OSOBY UDOSTĘPNIAJĄCEJ RACHUNEK BANKOWY**

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych jest udzielona dobrowolnie na podstawie art. 6 ust. 1 lit a) oraz art. 9 ust. 2 lit. a. 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, dalej RODO).

Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem, przy ul. Heleny Modrzejewskiej 5 moich danych osobowych w postaci: imienia i nazwiska oraz danych rachunku bankowego.

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem przy ul. Heleny Modrzejewskiej 5, 34-500 Zakopane, reprezentowane przez Dyrektora Renatę Zielińską.
2. **W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem został powołany Inspektor Ochrony Danych, z którym można kontaktować się telefonicznie: 799 186 893 oraz mailowo: randal999@wp.pl.**
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań urzędu z zakresu rehabilitacji społecznej.
4. W związku z przetwarzaniem przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem, Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo do:
 - dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO z zastrzeżeniem, że udostępniane dane osobowe nie mogą ujawniać informacji niejawnych, ani naruszać tajemnic prawnie chronionych, do których zachowania zobowiązane jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem;
 - sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO;
 - ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 RODO;
5. Administrator danych osobowych może je przekazać upoważnionym podmiotom na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
6. Dane nie będą przekazywane odbiorcy w państwie trzecim ani też organizacji międzynarodowej, nie będą również podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
7. Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny, wynikający z przepisów prawa.
8. W przypadku uznania, iż przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Potwierdzam otrzymanie od Administratora Danych osobowych załącznika informacyjnego zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 RODO, z którym się zapoznałam/em i przyjąłam/em do wiadomości.

Data:

.....

(podpis właściciela rachunku bankowego)

INFORMACJA WNIOSKODAWCY O ŹRÓDŁACH FINANSOWANIA ZADANIA

Informuję, że pozostała do zapłaty za urządzenie/wykonanie robót
kwota będzie finansowana z:

1. posiadanych przeze mnie środków własnych w wysokości zł
(słownie: zł)
2. środków uzyskanych od sponsora* w wysokości zł
(słownie: zł)
3. środków uzyskanych z OPS*/ w wysokości zł
(słownie: zł)
4. z innych źródeł*: jakich? jaka kwota?.....
.....
.....

co potwierdzam* odpowiednimi dokumentami (decyzje, zaświadczenia,
pisemne informacje)

.....

(data)

.....

(podpis Wnioskodawcy)

* - dotyczy punktów 2-4

Załączniki wymagane przy złożeniu wniosku:

1. kopia ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego ZUS, KIZ albo KRUS wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r. (oryginał do wglądu);
2. kopia ważnego orzeczenia o niepełnosprawności - w przypadku dzieci do lat 16 (oryginał do wglądu);
3. zaświadczenie wydane przez lekarza prowadzącego - specjalistę, zawierające szczegółowy opis schorzenia będącego przyczyną orzeczenia niepełnosprawności (wypełnione czytelnie w języku polskim);
4. oświadczenie i zgoda na przetwarzanie danych osobowych;
5. zgoda właściciela rachunku bankowego na przetwarzania danych osobowych;
6. informacja o źródłach finansowania zadania w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON;
7. Informacja o rozpatrzeniu wniosku;
8. aktualny wypis z ksiąg wieczystych lokalu lub budynku mieszkalnego, w którym Wnioskodawca stale zamieszkuje, wraz ze zgodą właściciela (w koniecznych przypadkach);
9. w przypadku gdy wnioskodawca działa przez opiekuna prawnego do wniosku należy załączyć kopię postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu);
10. szkic pomieszczenia/zadania, którego dotyczy likwidacja barier architektonicznych (z podaniem ich wymiarów i obecnego układu funkcjonalnego);

UWAGI:

Dokumentacja wymagana w II etapie, tj. po potwierdzeniu przez PCPR przyjęcia wniosku do realizacji:

- 1) szczegółowy kosztorys inwestorski określający koszt robót przyjętych przez PCPR do dofinansowania,
- 2) zgłoszenie robót budowlanych nie wymagających pozwolenia na budowę/rozbiórkę – jeżeli rodzaj robót tego wymaga,
- 3) zatwierdzony projekt budowlany – jeżeli rodzaj robót tego wymaga,
- 4) pozwolenie na budowę wydane przez odpowiedni organ – jeżeli rodzaj robót tego wymaga

-
- (1) przeciętny miesięczny dochód – dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku

.....
miejsce na pieczętkę zakładu

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA SPECJALISTY
O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb PCPR
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta.....

data urodzenia..... PESEL.....

adres zamieszkania.....

1. Przyczyna niepełnosprawności:

2. Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

.....
.....

3. Uszkodzenie innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:

.....
.....

4. Używane zaopatrzenie ortopedyczne, sprzęt rehabilitacyjny.....

.....

(nazwa urządzenia)

5. Uzasadnienie potrzeby wynikającej z niepełnosprawności (trudności w poruszaniu się
w związku z istniejącą niepełnosprawnością) **likwidacji barier**

architektonicznych.....

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

.....
(pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego
zaświadczenie)

....., dnia.....

.....

.....

.....

Oświadczenie

Oświadczam, że zostałem poinformowana(y), iż mój wniosek o dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i ich podziale przez Radę Powiatu Tatrzańskiego.

.....