

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

I. Dane dotyczące Wnioskodawcy:

1. Imię i nazwisko
- Data urodzenia:
2. Adres zamieszkania:
miejscowość ul.nr domu/lokalu
kod - poczta
3. Numer telefonu:
4. Dowód osobisty: seria numer
- wydany przezw dniu.....
 ważny do.....
5. PESEL:.....
6. Numer konta bankowego:
- Nazwa banku:
7. W przypadku, gdy osobą niepełnosprawną, której dotyczy wniosek jest dziecko w wieku do 18 lat, należy podać:

Imię i nazwisko dziecka:
- Datę urodzenia dziecka:

9. 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 obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku ⁽¹⁾
Wnioskodawca	/	
pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa:		
RAZEM:		

a przeciętny miesięczny dochód na jednego członka rodziny wynosi zł.

10. 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).....			

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):

miejsceowość 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:

podane informacje są zgodne z prawdą,

- o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować PCPR w ciągu 14 dni,
- nie posiadam zaległości w terminowym regulowaniu wymagalnych zobowiązań wobec PFRON,
- warunki zawartych z PFRON umów, w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku, zostały dotrzymane (jeżeli zawierane były jakieś umowy),
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1781)

Data:

.....

(podpis Wnioskodawcy)

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, zawierające szczegółowy opis schorzenia będącego przyczyną orzeczenia niepełnosprawności (wypełnione czytelnie w języku polskim),
4. informacja o źródłach finansowania zadania w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON (zał. nr 1 do wniosku).
5. aktualny wypis z ksiąg wieczystych lokalu lub budynku mieszkalnego, w którym Wnioskodawca stale zamieszkuje, wraz ze zgodą właściciela (w koniecznych przypadkach).

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

- (2) 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 do lat 3”,
- (3) Na podstawie art.13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 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 informacji oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE ogólne rozporządzenie o ochronie danych (Dz. U. UE L 119/1 z dnia 4 maja 2016 r). zwanego dalej RODO, informuję, że Administratorem danych osobowych klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem ul. Heleny Modrzejewskiej 5, 34-500 Zakopane. Dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji ustawowych zadań urzędu. Administrator danych osobowych może je przekazać upoważnionym podmiotom na podstawie przepisów prawa. Dane nie będą przekazywane odbiorcy w państwie trzecim ani też organizacji międzynarodowej, nie będą również podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu. Klienci Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem mają prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, zrządzenia zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego. Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny, wynikający z przepisów prawa.”

**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

.....
miejsce na pieczętkę zakładu

.....
(miejsowość, data)

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

Imię i nazwisko pacjenta.....

data urodzenia.....

adres zamieszkania.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

.....
.....

2. Uszkodzenie innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:

.....
.....

3. Używane zaopatrzenie ortopedyczne, sprzęt rehabilitacyjny.....

.....

(nazwa urządzenia)

4. Uzasadnienie potrzeby wynikającej z niepełnosprawności **likwidacji barier architektonicznych**.....

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

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