

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Końskich
ul. Spółdzielcza 3, 26-200 Końskie

.....
Nr wniosku

.....
pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

.....
data wpływu kompletnego wniosku

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji
Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych/
w komunikowaniu się/technicznych*

I. Informacja o Wnioskodawcy:

1. Osoba niepełnosprawna:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania:

miescowość ul.....nr

kod - poczta

Numer telefonu

PESEL.....

* niepotrzebne skreślić

Stopień niepełnosprawności:**

I. 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 lat 16 (w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat), którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny.	
II. UMIARKOWANY: • inwalidzi II grupy, • osoby całkowicie niezdolne do pracy.	
III. LEKKI: • inwalidzi III grupy, • osoby częściowo niezdolne do pracy, • osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym.	

Rodzaj niepełnosprawności Wnioskodawcy:

dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	
inna dysfunkcja narządu ruchu	
dysfunkcja narządu wzroku	
dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

** właściwe zaznaczyć

Sytuacja mieszkaniowa osoby niepełnosprawnej:*

Wnioskodawca zamieszkuje:		a) samotnie, b) z rodziną, c) z osobami niespokrewnionymi.	
1.	Miejsce zamieszkania: 1) dom jednorodzinny, 2) dom wielorodzinny prywatny, 3) dom wielorodzinny komunalny, 4) dom wielorodzinny spółdzielczy, 5) dom 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) piec węglowy 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.	Inne informacje o warunkach mieszkaniowych (występujących utrudnieniach dla osoby niepełnosprawnej):		

* właściwe zaznaczyć

2. Przedstawiciel ustawowy/opiekun prawny (w przypadku małoletniego Wnioskodawcy)/pełnomocnik:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania:

miejsowość ul.....nr

kod - poczta

Numer telefonu

PESEL.....

Numer rachunku bankowego

3. Ustanowiony opiekun prawny/pełnomocnik:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania:

miejsowość ul.....nr

kod - poczta

Ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego w

z dn. Sygn. Akt

na mocy pełnomocnictwa notarialnego lub potwierdzonego notarialnie

.....

z dn. Repet. nr

II. Informacje dotyczące przedmiotu wniosku:

Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów)w celu likwidacji barier:

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

Miejsce realizacji zadania (instalacji urządzeń/wykonania robót):

miejsowość.....ul.....numer

Cel dofinansowania, uzasadnienie złożenia wniosku:

.....

Przewidywany koszt realizacji zadania:zł.

(słownie:).

Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków Funduszu:zł.

(słownie:).

Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:

.....
.....

Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania:

.....
.....

Informacja o kwotach przyznanych wcześniej środków Funduszu z określeniem numeru zawartej umowy, celu i daty przyznania dofinansowania oraz stanu rozliczenia:

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

Inne źródła finansowania zadania:

.....

III. Informacja o wcześniejszym korzystaniu ze środków PFRON:

Czy korzystał/a Pan/Pani ze środków PFRON? TAK / NIE* na dofinansowanie sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego, środków pomocniczych, turnusów rehabilitacyjnych, likwidacji barier architektonicznych/w komunikowaniu się/technicznych*. Jeśli tak, proszę podać:

Cel dofinansowania	Data i numer umowy	Kwota przyznanego dofinansowania	Stan rozliczenia

* niepotrzebne skreślić

III. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

Ja niżej podpisany(a)
(imię i nazwisko)

zamieszkały(a)
(miejscowość)

ulicanr domu nr lokalu

oświadczam, że wraz ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

Lp.	Imię	Nazwisko	Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą	Miesięczny dochód *
Dane dotyczące Wnioskodawcy:				
1.			-	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa:				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
Razem:				

Oświadczam, że w okresie kwartału poprzedzającego miesiąc złożenia wniosku przeciętny dochód netto* przypadający na jedną osobę w mojej rodzinie wyniósł:złotych,
(słownie:.....)
.....)

** średni miesięczny dochód pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych wraz ze składką na ubezpieczenie zdrowotne, składką z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób oraz powiększony o kwotę otrzymywanych alimentów, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.*

Upierzony o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku - Kodeks karny (tekst jednolity: Dz. U. z 2019 r. poz. 1950 z późniejszymi zmianami) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Uwaga!: W przypadku 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 wykonywania przez PCPR płatności tych środków.

Dofinansowanie nie może obejmować kosztów poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych .

.....
Data

.....
Miejscowość

.....
Podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela
ustawowego, opiekuna prawnego/
pełnomocnika

Załączniki do wniosku:

1. Kopia aktualnego dokumentu poświadczającego rodzaj i stopień niepełnosprawności.
2. Kopie orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku występowania takich osób.
3. Dokumenty potwierdzające wysokość miesięcznych dochodów netto Wnioskodawcy i osób wspólnie gospodarujących z Wnioskodawcą za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.
4. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające szczegółowy opis schorzenia i uzasadnienie do wykonania prac z zakresu likwidacji barier architektonicznych lub zakupu przedmiotu z zakresu likwidacji barier technicznych wydane przez **lekarza specjalistę**.
5. Zaświadczenie psychologa, pedagoga, nauczyciela-wychowawcy potwierdzające zasadność zakupu sprzętu komputerowego w celu likwidacji barier w komunikowaniu się dla niepełnosprawnych dzieci i młodzieży (dotyczy wniosku o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się dla niepełnosprawnych dzieci i młodzieży uczącej się).
6. Zaświadczenie o ukończeniu kursu podstaw obsługi komputera lub świadectwo szkolne z potwierdzeniem zaliczenia przedmiotu: informatyka/technologia informacyjna (dotyczy osób bezrobotnych ubiegających się o dofinansowanie zakupu sprzętu komputerowego w ramach likwidacji barier w komunikowaniu się).
7. Dokumenty potwierdzające posiadanie przez Wnioskodawcę prawa własności nieruchomości lub użytkowania wieczystego nieruchomości oraz pisemna zgoda właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego (w przypadku, gdy lokal lub budynek mieszkalny jest współwłasnością Wnioskodawcy bądź właścicielem jest inna osoba), w którym Wnioskodawca stale zamieszkuje, na przeprowadzenie zaplanowanych prac (dotyczy wniosku o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych).
8. Potwierdzenie stałego zameldowania Wnioskodawcy w lokalu, w którym planowane są prace związane z likwidacją barier architektonicznych.
9. Kserokopia pełnomocnictwa (oryginał do wglądu) – jeśli dotyczy.

ADNOTACJE PRZYJMUJĄCEGO WNIOSEK

Potwierdzam dołączenie wymaganego kompletu dokumentów:

Lp.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak / nie*	Uzupełniono tak / nie*	Data uzupełnienia
1.	Kopia aktualnego dokumentu poświadczającego rodzaj i stopień niepełnosprawności			
2.	Kopie orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą (w przypadku występowania takich osób)			
3.	Zaświadczenie potwierdzające wysokość miesięcznych dochodów netto Wnioskodawcy i osób wspólnie gospodarujących z Wnioskodawcą za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku			
4.	Zaświadczenie lekarza specjalisty (dot. wniosku na likwidację bariery architektonicznej i technicznej).			
5.	Zaświadczenie, opinia psychologa, pedagoga, nauczyciela-wychowawcy			
6.	Zaświadczenie o ukończeniu kursu podstaw obsługi komputera lub świadectwo szkolne z potwierdzeniem zaliczenia przedmiotu: informatyka/technologia informacyjna			
7.	Dokumenty potwierdzające posiadanie przez Wnioskodawcę prawa własności nieruchomości lub użytkowania wieczystego nieruchomości albo pisemna zgoda właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego			
8.	Potwierdzenie stałego zameldowania Wnioskodawcy w lokalu, w którym planowane są prace związane z likwidacją barier architektonicznych			

* wpisać właściwe

.....
Data

.....
Imię i nazwisko
przyjmującego wniosek

.....
Podpis

OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć pracownika
dokonującego oceny

DECYZJA POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie podejmuje decyzję pozytywną/negatywną*
i przyznaje/nie przyznaje* środki PFRON w kwocie.....zł., słownie

.....

na dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się, technicznych
dla Pani/Pana

.....

.....

.....
data (dzień, miesiąc, rok)

.....
pieczęć PCPR

.....
pieczęć i podpis Dyrektora PCPR

* niepotrzebne skreślić

.....
miejscowość i data

.....
Imię i Nazwisko

.....
Adres

OŚWIADCZENIE

Zapoznany z treścią art. 233 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 roku, poz. 1600 z późn. zm.) oświadczam że:

1. Mam / nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i (byłem/am)/(nie byłem/am) w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.*
2. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o zasadach dofinansowania i rozliczenia środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przyznanych na likwidację barier architektonicznych, w komunikowaniu i technicznych, i że **dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy.**

.....
podpis

*niepotrzebne skreślić

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

- Stosownie do treści art. 6 ust. 1 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) wyrażam zgodę na zbieranie i przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu oraz danych osobowych członków rodziny i osób najbliższych w związku z prowadzonym postępowaniem dotyczącym mojego wniosku.
- Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
- **Znam treść klauzuli informacyjnej**, w tym celu i sposobu przetwarzania danych osobowych oraz prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich poprawiania oraz możliwości wycofania zgody w dowolnym momencie.

.....
(data)

.....
(podpis składającego oświadczenie)

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 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.Urz.Ue.L 2016 Nr 119, str.1 informuję, że:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie**, reprezentowane przez Dyrektora z siedzibą w Końskich przy ul. Spółdzielczej 3. Może się Pan/Pani z nami kontaktować poprzez numer telefonu **41 372-84-06** lub adres email: **sekretariat@koneckipcpr.pl**,
- 2) może się Pani/Pan skontaktować z naszym inspektorem danych osobowych pod numerem telefonu **41-372-84-06** bądź adresem e-mail: **iod@koneckipcpr.pl**,
- 3) Dane osobowe przetwarzane będą w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze danych,
- 4) Dane osobowe przetwarzane są na podstawie:
 - a. ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
 - b. ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;
 - c. ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;
 - d. ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie.
- 5) Pani/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione organom władzy na podstawie przepisów prawa oraz podmiotom współpracującym z administratorem w zakresie obsługi administracyjnej, informatycznej, prawnej, księgowej,
- 6) przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych jest niezbędne do wykonania obowiązków prawnych nałożonych na Administratora Danych,
- 7) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich ani organizacji międzynarodowych,
- 8) Pani/Pana dane osobowe będą przez nas przetwarzane zgodnie z przepisami prawa, przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania i przechowywane zgodnie z postanowieniami ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz rozporządzeń wykonawczych zgodnie z nadaną dokumentacji kategorią archiwalną,
- 9) Ma Pani/Pan prawo do:
 - a. żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania;
 - b. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych;
 - c. przenoszenia swoich danych osobowych;
 - d. cofnięcia zgody na przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych w dowolnym momencie;
 - e. wniesienia skargi do organu nadzorczego.
- 10) Podanie przez Pani/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a ich nie podanie uniemożliwi wypełnienie obowiązku prawnego nałożonego na Administratora Danych,
- 11) Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.