POWIATOWE CENTRUM
POMOCY RODZINIE
w Nowym Tomyślu

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
ul. Poznańska 30, 64-300 Nowy Tomyśl
tel. 61 44 26 773, www.pcprnt.pl
e-mail: pcpr@powiatnowotomyski.pl

Data wpływu:	
Nr sprawy:	ZRWOP.703._____

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

ROLA WNIOSKODAWCY	
Nazwa pola	**Do uzupełnienia**
Wnioskodawca składa wniosek:	□ we własnym imieniu □ jako rodzic □ jako opiekun prawny □ jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) □ na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie □ na mocy pełnomocnictwa niepoświadczonego notarialnie
Postanowieniem Sądu:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	
Imię i nazwisko notariusza:	
Repertorium nr:	
Zakres pełnomocnictwa:	□ pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie □ do rozliczenia dofinansowania □ do zawarcia umowy □ do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku □ do złożenia wniosku □ inne

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY	
Nazwa pola	**Do uzupełnienia**
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	☐ mężczyzna ☐ kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA	
Nazwa pola	**Do uzupełnienia**
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto ☐ wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES KORESPONDENCYJNY

☐ Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY	
Nazwa pola	**Do uzupełnienia**
Imię:	

Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	☐ mężczyzna ☐ kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto ☐ wieś

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Osoby w wieku do 16 lat posiadające orzeczenie o niepełnosprawności:	☐ tak ☐ nie
Stopień niepełnosprawności:	☐ Znaczny ☐ Umiarkowany ☐ Lekki ☐ Nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	☐ bezterminowo ☐ okresowo – do dnia: …….……..
Numer orzeczenia:	
Grupa inwalidzka:	☐ I grupa ☐ II grupa ☐ III grupa ☐ nie dotyczy

Niezdolność:	□ Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji □ Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny □ Osoby całkowicie niezdolne do pracy □ Osoby częściowo niezdolne do pracy □ Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym □ Nie dotyczy
Rodzaj niepełnosprawności:	□ 01-U – upośledzenie umysłowe □ 02-P – choroby psychiczne □ 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu □ osoba głucha □ osoba głuchoniema □ 04-O – narząd wzroku □ osoba niewidoma □ osoba głuchoniewidoma □ 05-R – narząd ruchu □ wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego □ dysfunkcja obu kończyn górnych □ 06-E – epilepsja □ 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia □ 08-T – choroby układu pokarmowego □ 09-M – choroby układu moczowo-płciowego □ 10-N – choroby neurologiczne □ 11-I – inne □ 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe
Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:	□ tak □ nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	□ 2 przyczyny □ 3 przyczyny

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

□ indywidualne □ wspólne

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.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: ……

w tym liczba osób niepełnosprawnych: ……..

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Informacja o korzystaniu ze środków PFRON obejmuje dofinansowanie otrzymane na podstawie zawartych umów. Nie należy więc wykazywać pomocy uzyskanej w ramach zadania: przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Na likwidację barier architektonicznych/w komunikowaniu się/technicznych ze środków finansowych PFRON:

□ nie korzystałam/em
□ korzystałam/em

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinan-sowania	Stan rozliczenia

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

PRZEDMIOT WNIOSKU

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:	
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):	
Słownie:	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:	
Słownie:	
co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:	
Deklarowane środki własne:	
Inne źródła finansowania:	

Cel dofinansowania i uzasadnienie (Opis istniejącej bariery, proszę wskazać jak wnioskowany przedmiot wpłynie na codzienne funkcjonowanie osoby niepełnosprawnej):	

Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON powinna wynosić do 95% kosztów realizacji zadania. Przewidywany koszt realizacji zadania nie powinien być większy niż suma kwoty wnioskowanej, deklarowanych środków własnych oraz innych źródeł finansowania.

WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:	
Miejsce realizacji zadania:	
Termin rozpoczęcia:	
Przewidywany czas realizacji:	

OPIS PONIESIONYCH NAKŁADÓW

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.

……

……

INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

Informacje mogące mieć znaczenie przy rozpatrywaniu wniosku (np. sytuacja osobista, rodzinna, dodatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym).

……

……

……

FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

□ Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Właściciel konta	

(imię i nazwisko):	
Nazwa banku:	
Numer rachunku bankowego:	

□ W kasie
□ Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

OPIS BUDYNKU I MIESZKANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Budynek:	□ dom jednorodzinny □ wielorodzinny prywatny □ wielorodzinny komunalny □ wielorodzinny spółdzielczy
Ilość pięter:	□ budynek parterowy □ piętrowy - mieszkanie na piętrze, (którym?): ……
Przybliżony wiek budynku lub rok budowy:	
Liczba pokoi:	…… □ + kuchnia □ + łazienka □ + wc
Łazienka jest wyposażona w:	□ wannę □ brodzik □ kabinę prysznicową □ umywalkę
W mieszkaniu jest:	□ instalacja wody zimnej □ instalacja wody ciepłej □ kanalizacja □ centralne ogrzewanie □ prąd □ gaz
Inne informacje o warunkach mieszkaniowych:	

SYTUACJA ZAWODOWA

□ Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
□ Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
□ Bezrobotny poszukujący pracy
□ Rencista poszukujący pracy
□ Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
□ Dzieci i młodzież do lat 18
□ Inne / jakie? ……

OŚWIADCZENIA

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku i załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Oświadczam, że:

1. nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON i nie byłam/em w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
2. wyrażam zgodę na przeprowadzenie wizji lokalnej/kontroli w miejscu realizacji zadania oraz na rejestrację i utrwalenie przebiegu wizji/kontroli (m.in.: poprzez sporządzanie fotografii).

Oświadczam ze zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO.

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA TYLKO W PRZYPADKU ODBIORU ŚRODKÓW W KASIE BANKU SPÓŁDZIELCZEGO

Oświadczam, że:

□ Odbioru dofinansowania ze środków PFRON do likwidacji barier architektonicznych w kasie Banku Spółdzielczego dokonam osobiście, lub

□ Upoważniam Panią/Pana …….....…….....…… tel. ……..……..

(imię i nazwisko)

PESEL __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ do odbioru przyznanego dofinansowania ze środków PFRON do likwidacji barier architektonicznych.

Miejscowość	Data	podpis Wnioskodawcy*, pełnomocnika*, przedstawiciela ustawowego*, opiekuna prawnego*

*niepotrzebne skreślić

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Nazwa
1.	Informacje uzupełniające – załącznik nr 1.
2.	Aktualne zaświadczenie lekarskie (wypełnione na druku dołączonym do wniosku) – załącznik nr 2.
3.	Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności (osoby do 16 roku życia), oryginał do wglądu.
4.	Projekt (rysunek przed i po przystosowaniu) z wymiarami (długość, szerokość, wysokość).
5.	Kosztorys/faktury proforma.
6.	Odpis z księgi wieczystej oraz w koniecznych przypadkach zgoda właściciela mieszkania (budynku) w którym na stałe jest zameldowany wnioskodawca, na dokonanie likwidacji barier.
7.	Kopia zaświadczenia o ustanowieniu opiekuna prawnego lub pełnomocnictwa (jeżeli dotyczy).
8.	Inne wynikające z wniosku (np. inne źródła finansowania zadania).

WYJAŚNIENIA

1. Przy ustalaniu dochodu w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy, uwzględnia się wszystkie dochody w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych.
2. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.
3. Zgodnie z art. 66 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych w sprawach nieunormowanych przepisami ustawy stosuje się: Kodeks postępowania administracyjnego, Kodeks cywilny oraz Kodeks pracy.
4. Na podstawie art. 75 §1 i 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. kodeks postępowania administracyjnego - jako dowód należy dopuścić wszystko, co może przyczynić się do wyjaśnienia sprawy, a nie jest sprzeczne z prawem. W szczególności dowodem mogą być dokumenty, zeznania świadków, opinie biegłych oraz oględziny.

ZAWIADOMIENIE

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Tomyślu informuje, że z dniem złożenia wniosku w tut. Centrum zostaje wszczęte postępowanie w sprawie rozpatrzenia wniosku dotyczącego likwidacji barier dla osoby niepełnosprawnej ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

POUCZENIE

Stronom przysługuje prawo wypowiedzenia się, co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań, w godzinach pracy tut. Centrum, tj. od poniedziałku do piątku, od 7.30 do 15.30, jednak nie jest obowiązkowe.

W toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej, o każdej zmianie swego adresu. W razie zaniedbania obowiązku określonego wyżej doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.

Tryb rozpatrzenia wniosku regulują przepisy: ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Wnioski są rozpatrywane po otrzymaniu środków finansowych z PFRON na dany rok.

Załącznik nr 2 do wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu lekarskiego) (miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Tomyślu
- dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
likwidacji barier architektonicznych

Imię i nazwisko: .....

PESEL lub numer dokumentu tożsamości: .....

Adres zamieszkania: .....

Rozpoznanie choroby zasadniczej:
.....
.....
.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji*

Dysfunkcja narządu ruchu:
□ osoba leżąca
□ osoba na wózku
□ osoba poruszająca się wyłącznie przy pomocy przedmiotów ortopedycznych (kule, balkonik)
□ osoba z protezą kończyny dolnej
□ osoba z dysfunkcją kończyn górnych
□ osoba poruszająca się wyłącznie przy pomocy osoby drugiej
□ osoba poruszająca się samodzielnie

Innego rodzaju schorzenia lub dysfunkcje:
□ dysfunkcja narządu wzroku
□ dysfunkcja narządu słuchu
□ upośledzenie umysłowe

□ inne (jakie?).....

Potrzeby w zakresie likwidacji barier architektonicznych: .....
.....
.....

Uzasadnienie potrzeby likwidacji barier architektonicznych:
.....
.....
.....

.....
(pieczątka i podpis lekarza)

*właściwe zaznaczyć

KLAUZULA INFORMACYJNA - RODO

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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 RODO), obowiązującego od 25 maja 2018 r., informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Tomyślu, ul. Poznańska 30, 64-300 Nowy Tomyśl. Kontakt z administratorem jest możliwy także za pomocą adresu mailowego: pcpr@powiatnowotomyski.pl
2. Inspektorem Ochrony Danych Osobowych jest Aleksandra Cnota-Mikołajec. Kontakt z inspektorem jest możliwy za pomocą adresów mailowych: aleksandra@eduodo.pl lub iod@eduodo.pl
3. Dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON dot. likwidacji barier architektonicznych w związku z indywidualnymi potrzebami, zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz ustawą z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą:
   a) organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działających na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa,
   b) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z administratorem przetwarzają jego dane osobowe,
   c) podmioty realizujące zadania Administratora Danych Osobowych, takie jak: operator pocztowy, bank, dostawca oprogramowania dziedzinowego.
5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt. 3. W przypadkach, w których wymagają tego przepisy ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach - przez czas określony w tych przepisach.
6. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych.
7. Ma Pani/Pan prawo żądania od Administratora:
   a) dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich pierwszej kopii,
   b) do sprostowania (poprawiania) swoich danych,
   c) do usunięcia oraz ograniczenia przetwarzania danych na podstawie art. 17 RODO oraz art. 18 RODO,
   d) do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, na zasadach opisanych w art. 21 RODO,
   e) do przenoszenia danych, zgodnie z art. 20 RODO,
   f) prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.

W celu skorzystania oraz uzyskania informacji dotyczących praw określonych powyżej (lit. a-f) należy skontaktować się z Administratorem lub z Inspektorem Ochrony Danych.

8. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (Urząd Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy ustawy o ochronie danych osobowych, a od 25 maja 2018 r. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.
9. Podanie danych osobowych w zakresie wymaganym przepisami jest obligatoryjne. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości rozpoczęcia wypełniania obowiązku prawnego leżącego na Administratorze Danych Osobowych.
10. Państwa dane mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.