

Data wpływu:

Nr sprawy:

### WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się, technicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

### UWAGA

Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z otrzymanie dofinansowania. Koszty poniesione przed podpisaniem z PCPR umowy nie podlegają zwrotowi.

#### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

#### ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Wartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś

<b>Nr telefonu:</b>	
<b>Adres e-mail:</b>	

### ADRES KORESPONDENCYJNY

Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Wartość
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Gmina:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	

### DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	Wartość
<b>Imię:</b>	
<b>Drugie imię:</b>	
<b>Nazwisko:</b>	
<b>PESEL:</b>	
<b>Data urodzenia:</b>	
<b>Płeć:</b>	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

### ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Wartość
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Gmina:</b>	

<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	
<b>Nr telefonu:</b>	
<b>Adres e-mail:</b>	
<b>Rodzaj miejscowości:</b>	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś

### STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Wartość
<b>Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Stopień niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia: .....
<b>Numer orzeczenia:</b>	
<b>Grupa inwalidzka:</b>	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<b>Niezdolność:</b>	<input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> Nie dotyczy

<b>Rodzaj niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głucho-niewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne <input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe
<b>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:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

### ŚREDNI DOCHÓD

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

indywidualne                       wspólne

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:.....**

**Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:.....**

**w tym liczba osób niepełnosprawnych:.....**

### OŚWIADCZENIE

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

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

### KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

**Czy wnioskodawca korzystał ze środków finansowych PFRON:**

tak                       nie

### CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANÝCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

--	--	--	--	--

**Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU**

**PRZEDMIOT WNIOSKU**

Nazwa pola	Wartość
<b>Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:</b>	
<b>Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):</b>	
<b>Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON-max 95 %</b>	
<b>Co stanowi kwoty brutt przewidywanych kosztów realizacji zadania:</b>	
<b>Deklarowane środki własne- min 5 %</b>	
<b>Cel dofinansowania i uzasadnienie:</b>	
<b>Inne źródła finansowania</b>	

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

Nazwa pola	Wartość
------------	---------

<b>Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Przystosowanie łazienki do potrzeb osoby niepełnosprawnej poprzez:</b> <input type="checkbox"/> przeróbkę wewnętrznych instalacji dostosowującą je do potrzeb montowanych urządzeń w pomieszczeniu higieniczno- sanitarnym, <input type="checkbox"/> demontaż urządzeń higieniczno- sanitarnych, <input type="checkbox"/> wymiana wanny/kabiny prysznicowej z brodzikiem na wolną przestrzeń kąpielową oraz zakup i montaż baterii prysznicowej, <input type="checkbox"/> ułożenie okładziny ściennej z płytek ceramicznych, <input type="checkbox"/> wykonanie posadzki antypoślizgowej, <input type="checkbox"/> zakup i montaż kompaktu WC, <input type="checkbox"/> zakup i montaż umywalki i baterii umywalkowej, <input type="checkbox"/> zakup i montaż uchwytów ułatwiających korzystanie z urządzeń higieniczno- sanitarnych, <input type="checkbox"/> zakup i montaż krzeselka prysznicowego, <input type="checkbox"/> zakup i montaż drzwi- min 80 cm w świetle ościeżnicy, <input type="checkbox"/> inne  <input type="checkbox"/> <b>Inne przedsięwzięcia:</b> <b>jaki?.....</b> ..... ..... ..... .....
<b>Miejsce realizacji zadania:</b>	
<b>Termin rozpoczęcia:</b>	
<b>Przewidywany czas realizacji:</b>	

### 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

### FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

- Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Wartość
Właściciel konta (imię, nazwisko i adres zamieszkania):	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

- Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi.

### INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH

Zgodnie z art. 13 ust 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO):

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Jasle reprezentowane przez Dyrektora, z siedzibą przy ul. Rynek 18, 38-200 Jasło. Dane kontaktowe: dyrektor@pcprjaslo.info, tel.: 13 448 34 40;
- Dane kontaktowe do Inspektora ochrony danych: iod@bdo24.eu.

3. Dane osobowe przetwarzane są w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do likwidacji barier funkcjonalnych, w tym: architektonicznych, technicznych, w komunikowaniu się.
4. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust 1 lit c, lit e, art. 9 ust. 2 lit. b, lit g RODO tj. wypełnienie obowiązków prawnych, realizacja zadań w interesie publicznym, zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 roku w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
5. Odbiorcami danych osobowych w posiadaniu których jest/będzie PCPR mogą być wyłącznie podmioty i inne organy publiczne które posiadają dostęp do danych na podstawie przepisów powszechnie obowiązujących;
6. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
7. Dane osobowe będą przechowywane wyłącznie do osiągnięcia celu oraz okres archiwizacji wymagany dla danej kategorii danych przez obowiązujące przepisy prawa, zgodnie z kategorią archiwalną B-10, tj. 10 lat.
8. Osoba, której dane są przetwarzane ma prawo żądania: dostępu do treści swoich danych, sprostowania danych, żądania usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania oraz zgłoszenia sprzeciwu wobec przetwarzania, jeżeli zachodzą przesłanki do tych uprawnień.
9. Osoba, której dotyczą dane osobowe, ma prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie, gdy uzna, że przetwarzanie danych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.
10. Złożenie wniosku jest dobrowolne, tym samym podanie danych jest dobrowolne. W przypadku złożenia wniosku, podanie danych jest niezbędne aby wniosek mógł zostać rozpatrzony, w przypadku niepodania danych wniosek zostanie odrzucony.
11. Dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również nie będą podlegać profilowaniu.

<i>Miejscowość</i>	<i>Data</i>	<i>Podpis Wnioskodawcy</i>

### ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

1. Orzeczenie o niepełnosprawności wnioskodawcy oraz osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające informację o ograniczeniach i rodzajach niepełnosprawności powodujących utrudnienia w codziennym funkcjonowaniu.
3. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier funkcjonalnych ( np. wypis z księgi wieczystej w przypadku właściciela lu użytkownika wieczystego nieruchomości lub numer księgi wieczystej.....) oraz zgoda właściciela budynku lub mieszkania w przypadku najmu lub użyczenia na wykonanie robót budowlanych.
- 4 Faktura pro- forma na wnioskowany sprzęt/ urządzenie.
5. Kopia postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu), jeżeli wnioskodawca działa poprzez opiekuna prawnego lub kopia pełnomocnictwa (oryginał do wglądu), w przypadku, gdy w imieniu Wnioskodawcy występuje jego pełnomocnik.