

Data wpływu:
Nr wniosku:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

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

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

I. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	

ADRES ZAMIESZKANIA

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

II. DANE PODOPIECZNEGO

☐ Nie dotyczy

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	

DANE ADRESOWE

Nazwa pola	Wartość
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

OPIEKUN USTANOWIONY/USTANOWIONA

Przedstawicielem ustawowym:

Opiekunem prawnym:

Nazwa pola	Wartość
Postanowieniem Sądu Rejonowego:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	

Pełnomocnikiem, na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza:

Nazwa pola	Wartość
Imię i nazwisko:	
Z dnia:	
Repetitorium nr:	

III. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Wartość
Stopień niepełnosprawności:	☐ Znaczny ☐ Umiarkowany ☐ Lekki ☐ Nie dotyczy
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
Osoby w wieku do 16 lat posiadające orzeczenie o niepełnosprawności:	☐ Tak ☐ Nie dotyczy

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- ☐ Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
☐ Inna dysfunkcja narządu ruchu
☐ Dysfunkcja narządu wzroku
☐ Dysfunkcja narządu słuchu i mowy
☐ Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)
☐ Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia
☐ Inny / jaki?

IV. SYTUACJA MIESZKANIOWA

Nazwa pola	Wartość
Dom	☐ jednorodzinny ☐ wielorodzinny prywatny ☐ wielorodzinny komunalny ☐ wielorodzinny spółdzielczy ☐ inne
Budynek / wiek budynku	☐ parterowy (☐ wysoki parter) ☐ piętrowy ☐ mieszkanie na piętrze: ☐ rok budowy budynku
Opis mieszkania	pokoje (proszę podać liczbę) ☐ kuchnia ☐ bez kuchni ☐ łazienka ☐ bez łazienki ☐ WC ☐ bez WC

Wyposażenie łazienki	☐ wanna ☐ brodzik ☐ kabina prysznicowa ☐ umywalka ☐ inne
Wyposażenie mieszkania	☐ instalacja wody zimnej ☐ instalacja wody ciepłej ☐ kanalizacja ☐ centralne ogrzewanie ☐ prąd ☐ gaz ☐ inne
Inne informacje o warunkach mieszkaniowych	
Tytuł prawny do lokalu	☐ akt własności budynku lokalu mieszkalnego ☐ akt użytkowania wieczystego ☐ przydział lokalu ☐ inne

VI. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW FINANSOWYCH PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Nazwa pola	TAK	NIE
1. Na likwidację barier urbanistycznych i architektonicznych		
2. Korzystałam/em, na inne cele ustawowe i rozliczyłam/am się		
3. Korzystałam/am, na inne cele ustawowe i jestem w trakcie rozliczania się		
4. Korzystałam/am i nie rozliczyłam/am się		
PUNKTACJA:		

VII. DEKLAROWANY UDZIAŁ WŁASNY WNIOSKODAWCY LUB SPONSORA

1. Deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania	%
2. Deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania	%
PUNKTACJA:	

VIII. DANE INFORMACYJNE O WNIOSKODAWCY

Wykształcenie	☐ niepełne podstawowe ☐ podstawowe ☐ zawodowe ☐ średnie ogólnokształcące ☐ średnie zawodowe ☐ policealne ☐ wyższe ☐ wyższe ze stopniem naukowym ☐ inne (jakie?)
Rodzaj źródła utrzymania	☐ wynagrodzenie za pracę ☐ przychody z działalności gosp ☐ renta stała ☐ emerytura ☐ renta okresowa ☐ renta szkoleniowa ☐ zasiłek dla bezrobotnych

	☐ zasiłek specjalny ☐ stypendium ☐ alimenty ☐ inne (jakie?)
--	--

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

I. KOSZTY REALIZACJI

Nazwa pola	Wartość
Przedmiot wniosku:	☐ bariery architektoniczne ☐ bariery techniczne ☐ bariery w komunikowaniu się
Całkowity koszt zadania:	
Wnioskowana kwota dofinansowania	
Cel likwidacji barier architektonicznych / technicznych / w komunikowaniu się (OPIS)	

FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

☐ Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę

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

☐ Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

OŚWIADCZENIE

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**

Lp.	IMIĘ I NAZWISKO	STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA (np. mąż / żona ; syn / córka itd.)	ŚREDNI MIESIĘCZNY DOCHÓD NETTO
DANE WNIOSKODAWCY:			
1.		X	
POZOSTALI CZŁONKOWIE WSPÓLNEGO GOSPODARSTWA DOMOWEGO:			
2.	X		
3.	X		
4.	X		
5.	X		
6.	X		
R A Z E M :			

- ✓ Oświadczam, że **nie posiadam wymagalnych zobowiązań** wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zwanego dalej Funduszem i nie byłem/em w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
- ✓ Świadoma(y) odpowiedzialności karnej **za składanie fałszywych zeznań** wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks Karny (Dz. U. z 2025 r. poz. 383) oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku podane **zostały zgodnie z prawdą**.
- ✓ Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią **Klauzuli informacyjnej RODO**.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

1.	kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego
2.	kserokopia orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą
3.	zaświadczenie lekarskie od lekarza specjalisty zgodnie z orzeczoną niepełnosprawnością, uzasadniające konieczność dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych lub technicznych – (NIE DOTYCZY OSÓB ZE ZNACZNYM STOPNIEM NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI Z SYMBOLEM: 05-R LUB/I 10-N)
4.	udokumentowana podstawa prawna do lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych, technicznych (własność/umowa najmu)
5.	wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji i zakupu), kosztorys przedwykonawczy planowanego zadania
6.	zgoda właściciela/właścicieli budynku na przeprowadzenie działań związanych z likwidacją barier architektonicznych i technicznych
7.	w przypadku likwidacji barier w komunikowaniu się wymagane jest zaświadczenie lekarza specjalisty zgodnie z orzeczoną niepełnosprawnością potwierdzające, że wnioskowany sprzęt jest niezbędny do pracy lub komunikacji ze środowiskiem
8.	oświadczenie o przetwarzaniu danych osobowych

OŚWIADCZENIE O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

- 1) administrator Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Łodzi; 92-318 Łódź; al. Piłsudskiego 133d.;
- 2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – Beata Grzesiak - Młynarczyk,
e-mail: beata.grzesiak@lodzkiwschodni.pl, tel. 665-030-349;
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c i art. 9 ust. 1 lit. h ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, w celu realizacji Pani/Pana wniosku z dnia ;
- 4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa;
- 5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez niezbędny okres do realizacji ww. celów przetwarzania, w tym również obowiązku archiwizacyjnego wynikającego z przepisów prawa.;
- 6) posiada Pani/Pan prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie;
- 7) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 8) podanie danych osobowych w zakresie wymaganym przepisami o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych jest obligatoryjnym warunkiem przeprowadzenia postępowania w Pani/Pana sprawie.

Zapoznałam/zapoznałem się

*podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej
do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy*

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb PCPR w związku z likwidacją barier
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko:

PESEL:

Pacjent wymaga¹:

- ☐ likwidacji barier architektonicznych,
- ☐ likwidacji barier w komunikowaniu się,
- ☐ likwidacji barier technicznych

Pacjent posiada¹:

☐ **dysfunkcje narządu ruchu:**

- ☐ z koniecznością poruszania się za pomocą wózka inwalidzkiego,
- ☐ z koniecznością poruszania się przy pomocy kul,
- ☐ po amputacji kończyn,
- ☐ poruszający się samodzielnie,
- ☐ inne

☐ **dysfunkcje narządu wzroku (wpisać ubytek wzroku):**

- ☐ oko lewe
- ☐ oko prawe

☐ **dysfunkcje narządu słuchu (wpisać ubytek słuchu):**

- ☐ ucho lewe
- ☐ ucho prawe

☐ **dysfunkcje narządu mowy**

- ☐ inne (jakie?):

Czy osoba ma trudności w poruszaniu się i wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego lub kontaktów z otoczeniem w związku z istniejącą niepełnosprawnością?

- ☐ TAK
- ☐ NIE

Opis niepełnosprawności w odniesieniu do przedmiotu wniosku z uwzględnieniem zasadności realizacji wniosku

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

.....

.....
miejscowość i data

.....

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

¹ właściwe zaznaczyć

.....
(imię i nazwisko)

.....
(data)

.....
(adres zamieszkania)

**ZGODA WŁAŚCICIELA BUDYNKU NA PRZEPROWADZENIE DZIAŁAŃ ZWIĄZANYCH
Z LIKWIDACJĄ BARIER ARCHITEKTONICZNYCH / TECHNICZNYCH**

O Ś W I A D C Z E N I E

I. CZĘŚĆ:

Ja
oświadczam, że jestem właścicielem mieszkania / domu, gdzie planowana jest likwidacja barier
architektonicznych / technicznych

.....
.....
(adres nieruchomości)

.....
(numer aktu własności nieruchomości)

II. CZĘŚĆ (wypełnić w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna nie jest właścicielem nieruchomości):

Wyrażam/y zgodę na przeprowadzenie prac dotyczących likwidacji architektonicznych / technicznych.

.....
(czytelny podpis właściciela)