

Data wpływu:
Nr wniosku:

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	

**V. ŚREDNI MIESIĘCZNY DOCHÓD (BRUTTO) NA OSOBĘ,
W GOSPODARSTWIE DOMOWYM WNIOSKODAWCY**

Próg dochodowy	Liczba punktów
Poniżej 1.100,00 zł.	12 pkt.
1.100,00 zł. > 1.400,00 zł.	10 pkt.
1.400,00 zł. > 1.700,00 zł.	8 pkt.
1.700,00 zł. > 1.900,00 zł.	6 pkt.
1.900,00 zł. > 2.300,00 zł.	4 pkt.
2.300,00 zł. > 2.800,00 zł.	2 pkt.
Powyżej 2.800,00 zł.	0 pkt.
PUNKTACJA:	

**VI. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW FINANSOWYCH PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU
REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

Nazwa pola	(1 pkt)	(2 pkt)
1. Na likwidację barier urbanistycznych i architektonicznych	☐ nie korzystałem/am ☐ korzystałem/am	
2. Korzystałem/em, na inne cele ustawowe i rozliczyłem/am się		
3. Korzystałem/am, na inne cele ustawowe i jestem w trakcie rozliczania się		
4. Korzystałem/am i nie rozliczyłem/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:	

- ☐ W kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)
☐ Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód netto, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał (trzech ostatnich miesięcy) poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił: _____ zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: _____

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

Upředzony/upředzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2022 r. poz. 1138, 1726, 1855.) - 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 (Dz.U. 2019 r. poz. 1781).

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

1.	☐ kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2024 r. poz. 44, 858, 1089, 1165, 1494, 1961).
2.	☐ kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkaniowych wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób.
3.	☐ zaświadczenie lekarskie od <u>lekarza specjalisty</u> zgodnie z orzeczonym kodem niepełnosprawności, 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 zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (własność/umowa najmu)
5.	☐ zaświadczenie/oświadczenie o dochodach Wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą.
6.	☐ wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji i zakupu), kosztorys przedwykonawczy planowanego zadania.
7.	☐ w przypadku likwidacji barier w komunikowaniu się wymagane jest zaświadczenie lekarza specjalisty zgodnie z orzeczoną stopniem niepełnosprawności potwierdzające, że wnioskowany sprzęt jest niezbędny do pracy lub komunikacji ze środowiskiem.
8.	☐ zgoda właściciela / właścicieli budynku na przeprowadzenie działań związanych z likwidacją barier architektonicznych

Imię i nazwisko

data

.....

pesel

.....

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku o dofinansowanie w procesie realizacji przedmiotowego zadania.

1. Przyjmuję do wiadomości, iż moje dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji wniosku na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c 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 danych oraz uchylenia dyrektyw 95-46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str.1) oraz ustaw wynikających z realizacji zadań PCPR.
2. Moje dane osobowe mogą być przekazywane innym organom i podmiotom wyłącznie na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane przez okres wynikający z instrukcji kancelaryjnej.

Podpis wnioskodawcy / pełnomocnika

.....

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r., informuję, że:

1. Administratorem danych osobowych jest:

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
Al. Piłsudskiego 133 d, lok. 214
92-318 Łódź

2. Inspektorem Danych Osobowych jest:

Beata Grzesiak – Młynarczyk
42 676 34 87

beata.grzesiak@lodzkiwschodni.pl

3. Osoba, która powierzyła swoje dane osobowe PCPR posiada prawo do: dostępu treści swoich danych i ich poprawiania, sprostowania, usunięcia, ograniczenia, przetwarzania, przenoszenia danych, cofnięcia zgody na przetwarzanie.
4. Osoba, której PCPR powierza dane osobowe ma prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy przetwarzanie danych osobowych naruszyłoby przepis ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
5. Podanie danych osobowych jest obowiązkiem osoby ubiegającej się o pomoc w PCPR, konsekwencją nie podania danych będzie brak możliwości rozpatrzenia i udzielenia ewentualnej przysługującej pomocy.

.....
(pieczętka 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 technicznych,
- ☐ likwidacji barier w komunikowaniu się,
- ☐ zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.

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?):

Uzasadnienie wniosku, opis schorzenia:

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

.....
(pieczętka 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)