

Data wpływu:
Nr wniosku SOW:
RON.705

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

WNIOSEK PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

CZĘŚĆ A – DANE WNIOSKODAWCY
DANE PERSONALNE

Imię (imiona) i Nazwisko	
PESEL	
Data urodzenia	

ADRES ZAMIESZKANIA

Miejscowość	
Ulica	
Nr domu	
Nr lokalu	
Kod pocztowy	
Poczta	
Rodzaj miejscowości	<input type="checkbox"/> Miasto <input type="checkbox"/> Wieś
Numer telefonu	
Adres e-mail	

ADRES KORESPONDENCYJNY

(Wypełnić tylko w przypadku, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania)

Miejscowość	
Ulica	
Nr domu	
Nr lokalu	
Kod pocztowy	
Poczta	

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Imię (imiona) i Nazwisko	
PESEL	
Data urodzenia	

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Miejscowość	
Ulica	
Nr domu	
Nr lokalu	
Kod pocztowy	
Poczta	
Nr telefonu	
Adres e-mail	
Rodzaj miejscowości	<input type="checkbox"/> Miasto <input type="checkbox"/> Wieś

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Stopień niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności jest ważne:	<input type="checkbox"/> bezterminowo, <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Grupa inwalidzka	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Niezdolność	<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.
Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?	<input type="checkbox"/> Tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> Tak (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> Nie

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Rodzaj gospodarstwa domowego	<input type="checkbox"/> wspólne <input type="checkbox"/> indywidualne
Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy (średnia za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, podzielona przez ilość osób w gospodarstwie domowym)	
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym	
Czy Wnioskodawca jest osobą zamieszkującą samotnie?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca ubiegał się w latach poprzednich o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych i nie otrzymał dofinansowania? Nie Tak, w jakich latach?

Na likwidację barier architektonicznych ze środków finansowych PFRON:

nie korzystałem (proszę wówczas pominąć poniższą tabelę i przejść do części B wniosku) korzystałem, jeśli tak to:

(JEŚLI ZOSTAŁO ZAZNACZONE „KORZYSTAŁEM”) CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANÝCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

CZĘŚĆ B – PRZEDMIOT WNIOSKU

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

Cel dofinansowania:	
----------------------------	--

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

Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier	
Miejsce realizacji zadania	
Termin rozpoczęcia	
Przewidywany czas realizacji	

FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi.

Właściciel konta:	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

OPIS BUDYNKU I MIESZKANIA

Budynek	<input type="checkbox"/> dom jednorodzinny, <input type="checkbox"/> wielorodzinny prywatny, <input type="checkbox"/> wielorodzinny komunalny, <input type="checkbox"/> wielorodzinny spółdzielczy.
Ilość pięter	<input type="checkbox"/> budynek parterowy, <input type="checkbox"/> piętrowy, <input type="checkbox"/> mieszkanie na piętrze (którym?):
Przybliżony wiek budynku lub rok budowy:	
Liczba pokoi:	Liczba pokoi: <input type="checkbox"/> + kuchnia, <input type="checkbox"/> + łazienka, <input type="checkbox"/> + wc.
Łazienka jest wyposażona w:	<input type="checkbox"/> wannę, <input type="checkbox"/> brodzik, <input type="checkbox"/> kabinę prysznicową, <input type="checkbox"/> umywalkę.
W mieszkaniu jest:	<input type="checkbox"/> instalacja wody zimnej, <input type="checkbox"/> woda ciepła, <input type="checkbox"/> kanalizacja, <input type="checkbox"/> centralne ogrzewanie, <input type="checkbox"/> prąd, <input type="checkbox"/> gaz.
Inne informacje o warunkach mieszkaniowych:

SYTUACJA ZAWODOWA

- Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą,
- Osoba w wieku od 18 do 26 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?

CZĘŚĆ C - OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

- 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,
- nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i nie byłem/em w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie wnioskodawcy,
- uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny dane zawarte we wniosku oraz w załączonych wymaganych dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym,
- o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku w ciągu 14 dni od ich wystąpienia.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

Data wpływu kompletnego wniosku	Podpis pracownika przyjmującego wniosek

ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU

Lp.	DOKUMENTY POTRZEBNE DO I ETAPU WNIOSKU
1.	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub równoważne.
2.	Zaświadczenie lekarskie wypełnione w języku polskim.
3.	Umowa lokalu mieszkalnego/akt notarialny. (Pisemna zgoda właściciela mieszkania na przeprowadzenie likwidacji barier architektonicznych, jeśli jest nim ktoś inny niż Wnioskodawca).
4.	Dokumentacja fotograficzna.
5.	Szkic, projekt, kosztorys wykonany przez osobę posiadającą odpowiednie uprawnienia (DOKUMENTY NALEŻY DOŁĄCZYĆ W PRZYPADKU ZAKWALIFIKOWANIA WNIOSKU W RAMACH BARIER ARCHITEKTONICZNYCH DO II ETAPU).

Zgodnie z art. 13 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 (Dz.U. UE L. z 2016 r. Nr 119) zwaną dalej RODO – informuję, iż:

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku. Można się z nami skontaktować przesyłając korespondencję na adres: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku, ul. Wiatraczna 1, 78-400 Szczecinek, e-mail: pcprszczecinek@wp.pl, lub telefonicznie: 94 71 37 101.

2. W sprawach dotyczących przetwarzania przez nas danych osobowych może się Pani/Pan kontaktować z inspektorem ochrony danych kierując korespondencję na ww. adres z dopiskiem Inspektor Ochrony Danych lub na adres e-mail: iod@powiat.szczecinek.pl.

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO, w celu rozpatrzenia Pani/Pana wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do **likwidacji barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się** w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych, a także przekazania oraz rozliczenia przyznanego dofinansowania, w związku z §10, §11 oraz §13 pkt 4 i §14 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze Środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015 r., poz. 926 z późn. zm.); podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych będzie również art. 6 ust. 1 lit. a RODO tzn. wyrażona przez Panią/Pana zgoda na przetwarzanie danych osobowych, których podanie jest dobrowolne i nie wynika z wymogów prawa, cel przetwarzania tych danych osobowych będzie wskazywany każdorazowo w czasie uzyskiwania Pani/Pana zgody.

4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą organy publiczne, jednostki lub inne podmioty, którym mogą być ujawnione dane, sprzedawcy, usługodawcy, kurierzy oraz operator pocztowy, w zakresie niezbędnym do doręczenia korespondencji.

5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z jednolitym rzeczowym wykazem akt przez okres 5 lat liczony w pełnych latach kalendarzowych począwszy od dnia 1 stycznia roku następnego od daty zakończenia sprawy lub wymagań na podstawie ww. ustaw.

7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, prawo do ich sprostowania oraz w uzasadnionych przypadkach prawo do żądania ograniczenia przetwarzania, w odniesieniu do danych osobowych przetwarzanych na podstawie zgody przysługuje Pani/Panu prawo do żądania usunięcia danych oraz prawo do przenoszenia danych.

8. Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane w procesie zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.

9. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana narusza przepisy rozporządzenia RODO.

10. W przypadku, gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest obowiązkowe, natomiast gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby, której dotyczą, podanie przez Panią/Pana danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny.

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku jako administrator danych osobowych informuje, że niniejsza zgoda może być w dowolnym momencie wycofana przez osobę, która jej udzieliła. Wycofanie zgody, nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych osobowych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. W celu cofnięcia zgody należy skontaktować się z Administratorem i złożyć oświadczenie o wycofaniu wyrażonej uprzednio zgody na przetwarzanie danych osobowych.

Ja niżej podpisana/-y

.....
(imię i nazwisko)

wyrażam zgodę na przetwarzanie, przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku, moich danych osobowych obejmujących:

numer telefonu:
(jeżeli wyraża Pani/Pan zgodę proszę wpisać numer telefonu)

adres e-mail:
(jeżeli wyraża Pani/Pan zgodę proszę wpisać adres e-mail)

cel przetwarzania: Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu ułatwienia kontaktu podczas prowadzenia postępowania oraz weryfikacji potrzeb wynikających z niepełnosprawności w sprawie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się.

.....
Data i podpis



Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku

Imię i nazwisko pacjenta.....

PESEL.....

1. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny.....

2. Potrzeby w zakresie*

- Likwidacji barier architektonicznych - dostosowanie pomieszczeń mieszkalnych lub budynków;
- Likwidacji barier w komunikowaniu się - zakup sprzętu elektronicznego np. komputer, telefon komórkowy;
- Likwidacji barier technicznych - zakup sprzętu urządzeń ułatwiających codzienne funkcjonowanie.

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pola znakiem X):

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji¹:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu, | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu, |
| <input type="checkbox"/> porażenie dwu- bądź cztero kończynowe, | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu mowy, |
| <input type="checkbox"/> osoba leżąca, | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku, |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim, | <input type="checkbox"/> choroba psychiczna, |
| <input type="checkbox"/> osoba po amputacji kończyn/kończyny dolnych/ej, | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe, |
| <input type="checkbox"/> osoba po amputacji kończyn/kończyny górnych/ej, | <input type="checkbox"/> autyzm, |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się za pomocą kul lub balkonika, | <input type="checkbox"/> inne (jakie?) |

4. Główna przyczyna niepełnosprawności (można zaznaczyć maksymalnie 3 przyczyny *):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe, | <input type="checkbox"/> choroby układu pokarmowego, |
| <input type="checkbox"/> choroby psychiczne, | <input type="checkbox"/> choroby układu moczowo-płciowego, |
| <input type="checkbox"/> zaburzenia głosu mowy i choroby słuchu, | <input type="checkbox"/> choroby neurologiczne, |
| <input type="checkbox"/> choroby narządu wzroku, | <input type="checkbox"/> całościowe zaburzenia rozwojowe, |
| <input type="checkbox"/> upośledzenie narządu ruchu, | <input type="checkbox"/> epilepsja, |
| <input type="checkbox"/> choroby układu oddechowego i krążeniowego, | <input type="checkbox"/> inne, w tym schorzenia endokrynologiczne,
metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne. |

Opis schorzenia:

miejsowość data

pieczętka i podpis lekarza

¹ proszę wstawić X we właściwej rubrykach

*niepotrzebne skreślić