

POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W MYŚLENICACH

DN-BA-616-...../.....

.....
data wpływu kompletnego wniosku

WNIOSEK

O dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej mającej trudności w poruszaniu się

I. Dane dotyczące Wnioskodawcy (PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIE, DRUKOWANYMI LITERAMI)

IMIĘ I NAZWISKO	ADRES ZAMIESZKANIA
NUMER DOWODU OSOBISTEGO	NUMER PESEL
POSIADANE ORZECZENIE	NUMER TELEFONU KONTAKTOWEGO

II. Rodzaj niepełnosprawności

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

III. Sytuacja zawodowa

1. zatrudniony*/ prowadzący działalność gospodarczą*	
2. osoba w wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca*	
3. bezrobotny poszukujący pracy*/ rencista poszukujący pracy*	
4. rencista*/ emeryt*/ nie zainteresowany podjęciem pracy	
5. dzieci i młodzież do lat 18	

IV. A. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i mieszkania (*niepotrzebne skreślić)

1. dom jednorodzinny*, wielorodzinny prywatny*, wielorodzinny komunalny*, wielorodzinny spółdzielczy*
2. inne*
-
3. budynek parterowy*, piętrowy*, mieszkanie na piętrze*
4. przybliżony wiek budynku lub rok budowy
5. opis mieszkania: liczba pokoi....., z kuchnią*, bez kuchni*, z łazienką*, bez łazienki*, z WC*, bez WC*
6. łazienka jest wyposażona w: wannę*, brodzik*, kabinę prysznicową*, umywalkę*
7. w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej*, ciepłej*, kanalizacja*, centralne ogrzewanie*, prąd*, gaz*
8. inne informacje o warunkach mieszkaniowych
-
-

V. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

	Data	Numer umowy	Kwota przyznana
1. na likwidację barier architektonicznych			
a) nie korzystałem			
b) korzystałem			
2. korzystałem na inne cele ustawowe i rozliczyłem się			
3. korzystałem na inne cele ustawowe i jestem w trakcie Rozliczania			
4. korzystałem i nie rozliczyłem się			

VI. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą (w tym osoby niepełnosprawne)

IMIĘ I NAZWISKO – POKREWIEŃSTWO	NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ	
	STOPIEŃ	RODZAJ
1		
2		
3		
4		
5		
6		

VII. Dane informacyjne o Wnioskodawcy (1)

Wykształcenie	Zaznacz właściwe	rodzaj źródła utrzymania	Zaznacz właściwe
1. niepełne podstawowe		1. wynagrodzenie z pracy	
2. podstawowe		2. przychody z działalności gospodarczej	
3. zawodowe		3. renta stała*/emerytura*	
4. średnie ogólnokształcące		4. renta okresowa	
5. średnie zawodowe		5. renta szkoleniowa	
6. policealne		6. zasiłek dla bezrobotnych	
7. wyższe		7. zasiłek socjalny	
8. wyższe ze stopniem naukowym		8. stypendium	
		9. alimenty*/inne*	

*proszę wstawić X we właściwej rubryce***VIII. Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów, robót) oraz w jakim celu muszą one być wykonane (tzn. jak pomogą osobie niepełnosprawnej w codziennym funkcjonowaniu)**

VIII. Ogólna wartość planowanego (wnioskowanego) przedsięwzięcia

**IX. Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik
PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIE, DRUKOWANYMI LITERAMI)**

IMIĘ I NAZWISKO	ADRES ZAMIESZKANIA
NUMER DOWODU OSOBISTEGO	NUMER PESEL
NUMER TELEFONU KONTAKTOWEGO	

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, pomniejszony o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenia zdrowotne oraz kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek, wynosi zł.

Liczba osób zamieszkujących we wspólnym gospodarstwie domowym (wraz z wnioskodawcą):

Art. 233 §1 KK „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”

Zostałam/em poinformowana/ny o szczegółowych procedurach realizacji wniosku dotyczącego dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych.

O zmianach mających wpływ na realizację dofinansowania zaistniałych po złożeniu wniosków zobowiązuje się informować w ciągu 14 dni od zaistnienia wskazanych okoliczności.

Dofinansowanie nie może obejmować kosztów poniesionych przed dniem podpisania umowy o dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, zwane dalej „RODO”).

.....
(podpis Wnioskodawcy*/ Przedstawiciela ustawowego*/
Opiekuna prawnego*/ Pełnomocnika*)

Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub jego odpowiednik
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób;
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie od lekarza specjalisty, zawierające informację o dysfunkcji organizmu utrudniającej poruszanie się;
4. Poświadczenie zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych;
5. Dokument potwierdzający prawo własności oraz pisemna zgoda właściciela nieruchomości na przeprowadzenie prac z zakresu likwidacji barier architektonicznych;
6. Oświadczenie wnioskodawcy o posiadaniu środków na wkład własny
7. Dowód osobisty wnioskodawcy i opiekuna gdy wypisany we wniosku – do wglądu
8. podpisana przez wnioskodawcę i/lub opiekuna klauzula informacyjna (oświadczenie RODO - w załączeniu)

W zakwalifikowania wniosku do realizacji dokumentami uzupełniającymi będą:

1. Kosztorys inwestorski (szczegółowy) na zakres prac zakwalifikowanych do realizacji wraz z zestawieniem i wyceną potrzebnych materiałów.
2. Projekt, pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach).
3.
4.

OŚWIADCZENIE

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Myślenicach, ul. Kazimierza Wielkiego 5, 32-400 Myślenice, zwane dalej „**Administratorem**”. Mogą Państwo skontaktować się z Administratorem pisząc na adres: Kazimierza Wielkiego 5, 32-400 Myślenice lub telefonując pod numer: 122749810. We wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem Państwa danych osobowych mogą Państwo również skontaktować się z inspektorem ochrony danych, którym jest Iwona Cygan - Opyt, pisząc na adres: biuro@kancelariacygan.pl
2. Państwa dane przetwarzane są w celu możliwości wykonywania przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Myślenicach ustawowych zadań, określonych m.in. w:
 - ustawie ustawy o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r.poz.1876 z późn. zm.),
 - ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 426 z późn. zm.),
 - ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 821),
 - ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U z 2020 poz. 218) oraz w innych regulacjach.
3. Państwa dane osobowe przetwarzane są wyłącznie w zakresie związanym z realizacją powyższych celów. Nie udostępniamy Państwa danych innym odbiorcom oprócz podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa.
4. Administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych.
5. Państwa dane będą przechowywane nie dłużej niż jest to konieczne, tj. przez okres wyznaczony właściwym przepisami prawa, w tym w szczególności: ustawy z dnia 14.07.1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.
6. Mają Państwo prawo żądać od Administratora dostępu do swoich danych, ich sprostowania, zaktualizowania, jak również mają Państwo prawo do ograniczenia przetwarzania danych.
7. Gdy uznają Państwo, iż przetwarzanie Państwa danych osobowych przez Administratora narusza przepisy RODO przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Przekazanie nam Państwa danych osobowych jest wymogiem ustawowym, dotyczy każdego z Państwa, wobec którego realizujemy cele opisane w punkcie 2.
9. W przypadku gdy przetwarzanie Państwa danych odbywa się na podstawie zgody na przetwarzanie, mają Państwo prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie swoich danych osobowych w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
10. W oparciu o Państwa dane osobowe Administrator *nie będzie* podejmował wobec Państwa zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania. Profilowanie oznacza dowolną formę zautomatyzowanego przetwarzania danych osobowych, które polega na wykorzystaniu danych osobowych do oceny niektórych czynników osobowych osoby fizycznej, w szczególności do analizy lub prognozy aspektów dotyczących pracy tej osoby fizycznej, jej sytuacji ekonomicznej, zdrowia, osobistych preferencji, zainteresowań, wiarygodności, zachowania, lokalizacji lub przemieszczania się.

Data

wszystkie dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem

/podpis wnioskodawcy lub opiekuna/

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY
o posiadaniu środków na wkład własny

(dotyczy wnioskodawców ubiegających się o dofinansowanie środków PFRON)

dla: **Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Myślenicach**

celu dofinansowania likwidacji barier architektonicznych

Niniejszym oświadczam, że Ja.....

Zamieszkały(a) w.....
(miejscowość)

ulnr domu nr mieszkania.....

posiadam środki finansowe na wkład własny w wysokości wymaganej zasadami zadania

....., data.....
(miejscowość)

.....
(podpis wnioskodawcy)

ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON LIKWIDACJI
BARIER ARCHITEKTONICZNYCH
BARDZO PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE NINIEJSZEGO DOKUMENTU W CELU
PRAWIDŁOWEJ WERYFIKACJI DANYCH WNIOSKODAWCY

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA	ADRES ZAMIESZKANIA
DATA URODZENIA	NUMER PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej
.....
2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności
.....
.....
.....
3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące
.....
.....
.....
4. Używane zaopatrzenie ortopedyczne/sprzęt rehabilitacyjny
.....
.....
5. Konieczność realizacji zadań zmierzających do usunięcia barier architektonicznych, które umożliwiają lub w znacznym stopniu ułatwiają osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności i/lub kontaktów z otoczeniem
[] TAK (uzasadnienie)
.....
.....
[] NIE (uzasadnienie)
.....
.....
Niepełnosprawność pacjenta dotyczy:
[] dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
[] inna dysfunkcja narządu ruchu (jaka?).....
[] dysfunkcja narządu słuchu
[] dysfunkcja narządu mowy
[] dysfunkcja narządu wzroku
[] zaburzenia psychiczne
[] upośledzenie umysłowe
[] niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia

.....
Pieczętka i podpis lekarza wystawiającego