

Wypełnia PCPR

Nr wniosku..... Data wpływu.....

WNIOSEK O przyznanie dofinansowania ze środków PFRON likwidacji barier architektonicznych w miejscu stałego zamieszkania osoby niepełnosprawnej

1. Dane osoby niepełnosprawnej, której dotyczy wniosek:

Imię	PESEL..... Seria i numer dok. tożsamości
Nazwisko
Adres zameldowania: Kod-..... Miejscowość	
ul.	
Adres zamieszkania: Kod-..... Miejscowość	
ul.	
Adres do korespondencji: Kod-..... Miejscowość	
ul.	
Telefon:.....	Adres e-mail
Nazwa banku.....	
Nr konta bankowego.....	

2. Dane przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekuna prawnego lub pełnomocnika wnioskodawcy:

Imię	PESEL
Nazwisko	Seria i numer dok. Tożsamości
Adres zamieszkania: Kod-..... Miejscowość	
ul.	
Telefon:.....	Adres e-mail
Nazwa banku	
Nr konta bankowego	
Opiekun prawny* - ustanowiony postanowieniem Sądu z dnia..... Sygn. Akt	
Pełnomocnik* – na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza	
z dnia Nr	

3. Posiadane orzeczenie (właściwe zaznaczyć)

1.	Znaczny/I grupa inwalidzka/całkowita niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/>	ważne do dnia
2.	Umiarkowany/II grupa inwalidzka/całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/>	ważne do dnia
3.	Lekki/III grupa inwalidzka/częściowa niezdolność do pracy/	<input type="checkbox"/>	ważne do dnia
4.	Orzeczenie o niepełnosprawności (osoby w wieku do 16 roku życia)	<input type="checkbox"/>	ważne do dnia
5.	Orzeczenie o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym i niezdolności do samodzielnej egzystencji wydane przed 01.01.1998	<input type="checkbox"/>	ważne do dnia
6.	Orzeczenie o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydane przed 01.01.1998	<input type="checkbox"/>	ważne do dnia
7.	Orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/>	ważne do dnia

4. Rodzaj niepełnosprawności (właściwe zaznaczyć)

1.	Dysfunkcja narządu ruchu	
	Wnioskodawca porusza się na wózku inwalidzkim	<input type="checkbox"/>
	Wnioskodawca porusza się o kulach	<input type="checkbox"/>
	Wnioskodawca porusza się przy balkoniku	<input type="checkbox"/>
	Wrodzony brak lub amputacja nogi/nóg, dłoni lub ręki/rąk	<input type="checkbox"/>
	Inna dysfunkcja narządu ruchu (jaka?)	<input type="checkbox"/>
2.	Dysfunkcja narządu wzroku (jaka?)	<input type="checkbox"/>
3.	Dysfunkcja narządu słuchu/mowy (jaka?)	<input type="checkbox"/>
4.	Inna niepełnosprawność (jaka?)	<input type="checkbox"/>

5. Sytuacja zawodowa (właściwe zaznaczyć)

1.	Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą	<input type="checkbox"/>
2.	Osoba w wieku 18 – 24 lat, ucząca się	<input type="checkbox"/>
3.	Osoba bezrobotna poszukująca pracy	<input type="checkbox"/>
4.	Emeryt/rencista	<input type="checkbox"/>
5.	Osoba w wieku do 18 roku życia	<input type="checkbox"/>
6.	Inne	<input type="checkbox"/>

6. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku/mieszkania, w którym będą przeprowadzone prace związane z likwidacją barier:

- a) właściciel budynku:
- b) rok oddania do użytku:
- c) właściciel mieszkania
- d) budynek jednorodzinny, wielorodzinny:
- e) mieszkanie znajduje się na piętrze budynku
- f) opis mieszkania - *poniżej proszę zaznaczyć tak lub nie:*

W mieszkaniu znajduje się:	TAK	NIE
kuchnia		
pokoje mieszkalne : ile?		
WC - odrębne		
instalacja zimnej wody		
instalacja ciepłej wody		
kanalizacja		
centralne ogrzewanie		
łazienka		
wanna		
kabina prysznicowa		
sedes		
umywalka		

Inne informacje o warunkach lokalowych:

.....

.....

7. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym:

Wpisać stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Stopień niepełnosprawności (w przypadku posiadania)	Rodzaj/symbol niepełnosprawności

8. Informacja o kwotach przyznanych wcześniej ze środków PFRON:

Wnioskodawca lub jego podopieczny korzystał ze środków PFRON w latach wcześniejszych			tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Cel (nazwa instytucji, programu i/lub zadania)	Numer i data zawarcia umowy	Przedmiot dofinansowania	Kwota przyznana	Stan rozliczenia
Razem uzyskane dofinansowanie				

9. Informacje dotyczące przedmiotu dofinansowania:

- miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania

.....

.....

- termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

.....

- opis stanu istniejącego (opis barier architektonicznych jakie występują w miejscu zamieszkania Wnioskodawcy):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Do wniosku należy dołączyć:

1. kopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub grupie inwalidzkiej (*oryginał do wglądu*) oraz orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą,
2. aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności (*zaświadczenie stanowi załącznik nr 1 do wniosku*),
3. fakturę pro-forma (wstępną) lub kosztorys wstępny od wykonawcy, o wartości planowanych do zakupu urządzeń/materiałów/wyposażenia/prac (*kosztorys stanowi załącznik nr 2 do wniosku*),
4. udokumentowany tytuł prawny lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych,
5. pisemną zgodę właściciela lub współwłaściciela budynku – jeżeli wnioskodawca, nie jest właścicielem.
6. szkic pomieszczeń, których dotyczy likwidacja barier architektonicznych z podaniem ich wymiarów, obecnego i projektowanego układu funkcjonalnego,
7. pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach),
8. kopię postanowienia Sądu dot. pełnienia funkcji opiekuna prawnego lub pełnomocnictwa notarialnego (*oryginał do wglądu*),

Jeżeli przedmiotem dofinansowania jest np. budowa podjazdu do budynku mieszkalnego lub montaż windy, w zależności od kwestii własności budynku lub ziemi, należy dopełnić następujących formalności:

- a) wystąpić do urzędu miasta/gminy właściwego dla miejsca zamieszkania o wydanie decyzji o warunkach zabudowy i zagospodarowania terenu (w celu sprawdzenia czy planowana budowa podjazdu jest zgodna z przeznaczeniem terenu w planach zabudowy),
- b) przedstawić zgodę właściciela gruntu na budowę podjazdu, gdy właścicielem jest gmina należy uzyskać dzierżawę tego terenu,
- c) po uzyskaniu pozytywnej decyzji należy w Wydziale Architektury i Budownictwa Starostwa Powiatowego w Sochaczewie złożyć projekt architektoniczno – budowlany podjazdu, windy,
- d) uzyskać pozwolenie na budowę.

Procedury dotyczące przyznania dofinansowania likwidacji barier architektonicznych

1. O dofinansowanie ze środków PFRON na likwidację barier architektonicznych, mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, które mają trudności w poruszaniu się, jeżeli są właścicielami nieruchomości albo posiadają zgodę właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego, w którym stale zamieszkują, a realizacja zadania umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem
2. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i podpisaniem umowy.
3. Wnioski przyjmowane są przez cały rok, a decyzje o przyznaniu lub odmowie dofinansowania przyznawane są po dokonaniu opinii przez komisję. Dofinansowanie zadania udzielane jest do momentu wyczerpania puli środków PFRON przyznanych na dany rok kalendarzowy.
4. W przypadku likwidacji barier architektonicznych istnieje konieczność przeprowadzenia wizji lokalnej w miejscu stałego zamieszkania osoby niepełnosprawnej.
5. Podstawę dofinansowania stanowi umowa zawarta pomiędzy Starostą a osobą niepełnosprawną lub jej przedstawicielem.
6. Rozliczenie umowy następuje na podstawie dostarczonych oryginałów faktur za zakupione urządzenia, materiały, wyposażenie, usługi.

....., dnia

Stempel Zakładu Opieki Zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb PCPR w Sochaczewie w związku z ubieganiem się o przyznanie dofinansowania
w ramach likwidacji barier architektonicznych.

Imię i nazwisko:

Adres:

PESEL

I. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> schorzenie układu oddechowego i krążenia |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna | <input type="checkbox"/> epilepsja |
| <input type="checkbox"/> choroby układu pokarmowego | <input type="checkbox"/> choroby układu moczowo-płciowego |
| <input type="checkbox"/> choroby neurologiczne | |
| <input type="checkbox"/> inne (jakie)..... | |
| <input type="checkbox"/> całościowe zaburzenia rozwojowe, powstałe przed 16 r.ż., z utrwalonymi zaburzeniami interakcji społecznych lub komunikacji werbalnej | |

II. Opis rodzaju schorzenia, będącego przyczyną orzeczenia niepełnosprawności

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

III. Używane zaopatrzenie ortopedyczne, używany sprzęt rehabilitacyjny

.....
.....

IV. Uzasadnienie konieczności zakupu wnioskowanych przez pacjenta urządzeń, materiałów, wyposażenia, prac w związku z likwidacją barier architektonicznych (bariery architektoniczne – to wszelkie utrudnienia występujące w budynku i w jego najbliższej okolicy, które ze względu na rozwiązania techniczne, konstrukcyjne lub warunki użytkowe uniemożliwiają lub utrudniają swobodę ruchu osobom niepełnosprawnym)

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

.....
data wystawienia

.....
pieczętka i podpis lekarza

KOSZTORYS* (załącznik nr 2)

dotyczący likwidacji barier architektonicznych dla, mającej trudności
w poruszaniu się, zamieszkałej

L.p.	Nazwa urządzenia, materiałów, prac lub wyposażenia	Ilość: szt./m.b./m ²	Cena jednostkowa	Łączny koszt brutto
MIEJSCE PRYSZNICOWE				
1.	Kącik prysznicowy z odpływem liniowym lub kabina z niskim brodzikiem			
2.	Bateria prysznicowa			
3.	Siedzisko lub krzeselko prysznicowe			
4.	Uchwyt/y			
5.	Mat. budowlane i hydrauliczne dotyczące miejsca prysznicowego			
UMYWALKA				
6.	Umywalka			
7.	Bateria umywalkowa			
8.	Uchwyt/y			
9.	Mat. budowlane i hydrauliczne dotyczące umywalki			
TOALETA				
10.	Kompakt wc			
11.	Uchwyt/y			
12.	Mat. budowlane i hydrauliczne dotyczące toalety			
POZOSTAŁE				
13.	Płytki podłogowe			
14.	Płytki ścienne (max. 6m ²)			
15.	Poszerzenie drzwi wewnętrznych (min. 80 cm.), wejściowych (min.90 cm.)			
16.	Likwidacja progów			
17.	Prace dot. demontażu urządzeń (jakich)			

18.	Prace dot. montażu urządzeń (jakich)			
19.	Inne:			
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
WARTOŚĆ CAŁKOWITA				
Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania				(max. do 95% wartości całkowitej)

.....
Podpis i pieczęćka firmy budowlanej/podpis Wnioskodawcy

* W przypadku dołączenia do wniosku faktur pro-forma dot. wartości planowanych do zakupu urządzeń/wyposażenia kosztorys wypełnia i podpisuje Wnioskodawca.

Wypełnia Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Sochaczewie

I. Ocena formalna wniosku:

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

.....
data

.....
podpis

II. Decyzja o przyznaniu dofinansowania

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

.....
data i podpis Dyrektora PCPR

Klauzula informacyjna zgodna z RODO

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych/danych mojego dziecka/podopiecznego (o ile dotyczy-niepotrzebne skreślić)

.....
(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

niezbędnych dla potrzeb realizacji procesu: **EWIDENCJA OSÓB KORZYSTAJĄCYCH ZE ŚRODKÓW PFRON** zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady Europy (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE przepisami ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. poz. 1000).

Data i podpis osoby wyrażającej zgodę

Informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych podanych w zgodzie na przetwarzanie danych osobowych wyrażonej powyżej jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą przy ul. Marszałka Józefa Piłsudskiego 65 w Sochaczewie, kod pocztowy: 96-500, tel.46 864 18 01, adres email: pcprsoch@powiatsochaczew.pl
 2. Inspektorem Ochrony Danych jest: Paulina Klatt tel. 46 864 18 01 e-mail: pcprsoch@powiatsochaczew.pl
 3. Celem zbierania danych jest **dofinansowanie do zadań wynikających z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych**
-
4. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie.
 5. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek niezbędne do realizacji zadania określonego w pkt. 3. W przypadku niepodania danych nie będzie możliwa realizacja w/w zadania.
 6. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim. Odbiorcami danych będą tylko instytucje upoważnione z mocy przepisów prawa.
 7. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały profilowaniu.
 8. Administrator danych nie będzie przekazywał Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
 9. Dane osobowe będą przechowywane przez okres wskazany w Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 roku w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych, rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych. (Dz.U. nr 14 poz. 67 z późn. zm.), licząc od początku roku następującego po roku, w którym została wyrażona zgoda na przetwarzanie danych osobowych.

Administrator danych Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Sochaczewie