



WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

1. Dane dotyczące Wnioskodawcy (proszę wypełnić drukowanymi literami)

Imię i nazwisko: nr PESEL

Zamieszkały(a) miejscowość

ulica nr domu nr lokalu.....

nr kodu..... poczta

[] wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych tj. nr telefonu przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wałbrzychu w celu kontaktowania się ze mną w sprawach związanych z dofinansowaniem do likwidacji barier architektonicznych w moim miejscu zamieszkania : Numer telefonu:

Przedstawiciel ustawowy (opiekun prawny lub pełnomocnik)

[] wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych tj. numer telefonu przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wałbrzychu w celu kontaktowania się ze mną w sprawach związanych z dofinansowaniem do likwidacji barier architektonicznych dla podopiecznego/dziecka.

Imię i nazwisko:..... Numer telefonu:

Zamieszkały(a) miejscowość

ulicanr domu nr lokalu.....

nr kodu poczta

ustanowiony opiekunem/pełnomocnikiem

(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn.sygn. akt*/ na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariuszaz dn.
repet nr)

2. 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, wynosiłzł. Liczba osób wspólnie zamieszkałych wynosi:

Sposób wyliczenia średniego miesięcznego dochodu przypadającego na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą:

$$\text{średni miesięczny dochód przypadający na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą} = \frac{\text{łączy średni miesięczny dochód wszystkich osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym}}{\text{liczba osób w gospodarstwie domowym}}$$

3. Nazwa banku i numer rachunku bankowego

Nazwa banku	Numer rachunku bankowego

4. Przedmiot dofinansowania likwidacji barier architektonicznych (proszę przedstawić opis, co dla osoby niepełnosprawnej stanowi barierę)

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

Informacje dotyczące przedmiotu dofinansowania: Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku, posesji i mieszkania wraz ze wskazaniem istniejących barier architektonicznych

- dom jednorodzinny, wielorodzinny, wielorodzinny komunalny, wielorodzinny spółdzielczy, inne *(jaki?)*
.....
- budynek parterowy, piętrowy, mieszkanie na *(podać kondygnację)*
- przybliżony wiek budynku lub rok budowy
- opis mieszkania: pokoje *(podać liczbę)*, z kuchnią, bez kuchni, z łazienką, bez łazienki, z WC, bez WC
- łazienka jest wyposażona w: wannę, brodzik, kabinę prysznicową, umywalkę, WC *(proszę podkreślić właściwe)*
- w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej, ciepłej, kanalizacja, centralne ogrzewanie, piec kaflowy, prąd, gaz *(proszę podkreślić właściwe)*
- Inne informacje o warunkach mieszkaniowych:
.....

5. Miejsce realizacji zadania i cel likwidacji barier architektonicznych (Wskazanie bariery do likwidacji wraz z wykazem planowanych przedsięwzięć w kolejności od najważniejszego dla Wnioskodawcy) – *opisać*

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

6. Przewidywany koszt realizacji zadania:

Cyframi:.....

Słownie:.....

7. Kwota wnioskowanego dofinansowania:

Cyframi:.....

Słownie:.....

8. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:

.....

9. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania (proszę podać kwotę oraz źródło finansowania)

.....zł (słownie:.....)

10. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania.

11. Informacja o kwotach przyznanych wcześniej środków Funduszu z określeniem numeru zawartej umowy, celu i daty przyznania dofinansowania oraz stanu rozliczenia.

L.p.	Numer umowy	Kwota przyznanego dofinansowania	Cel przyznanego dofinansowania	Data przyznania dofinansowania	Stan rozliczenia dofinansowania
1.					
2.					
3.					
4.					

12. Uzasadnienie wniosku (podać w jaki sposób przedmiot dofinansowania określony powyżej usprawni Wnioskodawcy samodzielne lub sprawniejsze funkcjonowanie):

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

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie wizji lokalnej przez pracowników Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wałbrzychu w moim miejscu zamieszkania, sporządzenie protokołu uzgodnień oraz przeprowadzenia niezbędnych kontroli w ramach realizacji wniosku i umowy.

Załączniki do wniosku:

1. Aktualne zaświadczenie lekarskie wg wzoru,
2. **Kopia orzeczenia o niepełnosprawności** lub kopię wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511), a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r. (**oryginał do wglądu**).
3. Kopie orzeczeń niepełnosprawności, o których mowa wyżej, osób mieszkających wspólnie z wnioskodawcą (oryginał do wglądu),
4. Aktualne zaświadczenia o zameldowaniu,
5. W przypadku, kiedy wniosek składany jest przez pełnomocnika, opiekuna prawnego lub przedstawiciela ustawowego, przyjęcie kopii postanowienia Sądu Rejonowego lub pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza (oryginały do wglądu),
6. W przypadku, kiedy wnioskodawca nie może podpisać wniosku (w dowodzie osobistym stosowna adnotacja) przyjęcie kopii dowodu osobistego (oryginały do wglądu),
7. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (akt własności, umowa najmu, itp.) - kopia (oryginały do wglądu) oraz w przypadku, kiedy wnioskodawca nie jest właścicielem nieruchomości lub użytkownikiem wieczystym nieruchomości zgoda pisemna właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego,

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych wynikającej z Kodeksu Karnego (Dz. U. Nr 88 poz. 553 ze zm.) **O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.**

Wałbrzych dnia.....

.....
*Podpis osoby niepełnosprawnej
lub imię i nazwisko opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego*

Data

.....
(podpis osoby przyjmującej wniosek)

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 kwietnia 2016 r. o ochronie osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej RODO)

Informujemy, że:

1. Administratorem danych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wałbrzychu z siedzibą przy Al. Wyzwolenia 20-24, 58-300 Wałbrzych.
2. Podane dane są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO – przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze oraz art. 9 ust. 2 lit. b) RODO - przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw przez administratora w dziedzinie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej, które wynikają z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych i 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 (t.j. Dz.U. z 2015 r., poz. 926 ze zm.).
3. Dane osobowe przetwarzane są w celu udzielenia dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.
4. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania danych, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (tj.: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych).
5. W przypadku przetwarzania danych na podstawie udzielonej zgody, przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
6. Pani/Pana dane osobowe będą udostępnione Starostwu Powiatowemu.
7. Pani/Pana dane osobowe nie będą podległy profilowaniu.
8. Podanie danych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej, nie jest obowiązkowe, ale jest warunkiem niezbędnym do rozpatrzenia Pani/Pana wniosku. Wynika to stąd, że Administrator może żądać ich podania na podstawie przepisów ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz wydanych do niej przepisów wykonawczych. Podanie danych na podstawie udzielonej zgody jest dobrowolne i ich niepodanie nie ma wpływu na rozpatrzenie Pani/Pana wniosku o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.
9. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
10. Dane osobowe będą przechowywane przez okres zgodny z Zarządzeniem Dyrektora nr 35 z dnia 14 grudnia 2010 r.
11. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych u Administratora:
Adres e-mail: iod@pcpr.walbrzych.pl
Nr telefonu: 698 054 582
Adres do korespondencji: Al. Wyzwolenia 20 – 24, 58 – 300 Wałbrzych.

.....
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

.....
(data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Wydane dla potrzeb PCPR w związku z ubieganiem się
o dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych

Imię i nazwisko.....

zamieszkała (y).....

PESEL.....

Niepełnosprawność pacjenta dotyczy:		
<input type="checkbox"/>	Narząd ruchu w zakresie.....	pieczęćka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:	pieczęćka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:	pieczęćka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesnej dysfunkcji kończyny górnej i kończyny dolnej	pieczęćka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesnej dysfunkcji co najmniej jednej kończyny górnej i kończyn dolnych	pieczęćka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesnej dysfunkcji kończyn górnych i kończyn dolnych	pieczęćka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja narządu wzroku, w zakresie.....	pieczęćka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:	pieczęćka, nr i podpis lekarza

Używane na co dzień zaopatrzenie ortopedyczne:		
<input type="checkbox"/>	Wózek inwalidzki	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Balkonik	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Kule	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne specjalistyczne oprzyrządowanie:	pieczętka, nr i podpis lekarza

Zgodnie z § 6 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 (tj. Dz. U. z 2015 r. poz. 926).

„o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych ze środków Funduszu mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, **które mają trudności w poruszaniu się.....** jeżeli ich realizacja umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem”.