



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzy ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl email: sekretariat@pcprkartuzy.pl

Załącznik nr 2 do Zarządzenia Nr 20/2018 Dyrektora
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kartuzach
z dnia 31.10.2018 r.

.....
Nr sprawy (wypełnia pracownik PCPR)

.....
data wpływu wniosku do PCPR

**Wniosek
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH
dla osoby niepełnosprawnej**

1. Dane osoby niepełnosprawnej, której dotyczy wniosek:

Imię i nazwisko	PESEL
Adres zamieszkania	
Adres zameldowania	
Adres korespondencyjny (wypełnić, jeśli jest inny niż adres zamieszkania)	
Seria i numer dowodu osobistego	Kiedy i przez kogo został wydany

**2. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekuna
prawnego lub pełnomocnika osoby niepełnosprawnej:**

Imię i nazwisko
Adres zamieszkania
Numer PESEL
Seria i numer dowodu osobistego wydanego przez
..... w dniu
<input type="checkbox"/> przedstawiciel ustawowy <input type="checkbox"/> opiekun prawny <input type="checkbox"/> pełnomocnik



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzy ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl email: sekretariat@pcprkartuzy.pl

Opiekun prawny* - ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia.....
sygnatura akt.....

Pełnomocnik* - na mocy pełnomocnictwa poświadczonego przez notariusza.....
..... dnianr repertorium.....

3. Określenie stopnia niepełnosprawności: (zaznacz właściwe)

- stopień znaczny (I grupa), niezdolność do samodzielnej egzystencji
- stopień umiarkowany (II grupa), całkowita niezdolność do pracy
- stopień lekki (III grupa), częściowa niezdolność do pracy
- osoba niepełnosprawna w wieku do lat 16

4. Rodzaj niepełnosprawności: (zaznacz właściwe)

- dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
- wrodzony brak lub amputacja kończyn górnych
- inna dysfunkcja narządu ruchu
- dysfunkcja narządu wzroku
- inne schorzenia:

5. Sytuacja zawodowa: (zaznacz właściwe)

- zatrudniony/ prowadzący działalność gospodarczą
- osoba w wieku od 18 do 24, 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

6. Inne osoby niepełnosprawne zamieszkujące z Wnioskodawcą

Lp.	Stopień pokrewieństwa	Stopień niepełnosprawności	Rodzaj/symbol niepełnosprawności
1			
2			
3			
4			



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzy ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl email: sekretariat@pcprkartuzy.pl

10. Uzasadnienie wniosku:

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

11. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:

.....

12. Planowany koszt przedsięwzięcia (inwestycji):

.....zł słownie

13. Kwota wnioskowanego dofinansowania (do 95% kosztów przedsięwzięcia), nie więcej jednak niż do wysokości 15-krotnego przeciętnego wynagrodzenia:

.....zł słownie

14. Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON (zaznacz właściwe) TAK NIE

Jeżeli tak, to proszę wypełnić poniższą tabelkę:

Lp.	Rodzaj dofinansowania	Zakres przedmiotowy umowy	Rok zawarcia umowy	Kwota otrzymanego dofinansowania
1	Likwidacja barier architektonicznych			
2	Likwidacja barier w komunikowaniu się			
3	Likwidacja barier technicznych			
4	Program PFRON			

RAZEM: kwota zł



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzy ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl email: sekretariat@pcprkartuzy.pl

15. Oświadczenie

1. Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i § 6 k.k. w zw. z art. 75 § 2 i art. 83 § 3 k.p.a. za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku zostały podane zgodnie z prawdą. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni od zaistnienia zmiany.

2. Oświadczam, że:

- przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek wyniósł zł
słownie:.....zł
- liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi
- nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz że nie byłam/em w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
- posiadam środki finansowe w wysokości wystarczającej na pokrycie udziału własnego w realizacji zadania,
- adres podany we wniosku jest stałym miejscem zamieszkania osoby niepełnosprawnej,

* niepotrzebne skreślić

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy*, przedstawiciela
ustawowego*, opiekuna prawnego*, pełnomocnika*)

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Administrator Danych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. art. 7 ust. 3, informuje o możliwości wycofania zgody udzielonej na przetwarzanie danych w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

W celu ułatwienia kontaktu w sprawach wynikających z obowiązku prawnego realizowanych przez Administratora Danych, **DOBROWOLNIE WYRAŻAM ZGODĘ** na przetwarzanie moich danych osobowych tj.:

Numer telefonu

.....
(data i czytelny podpis)



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzy ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl email: sekretariat@pcprkartuzy.pl

Załączniki do wniosku:

1. kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub równoważnego (oryginał do wglądu),
2. kopie orzeczeń o niepełnosprawności osób wspólnie mieszkających z wnioskodawcą (oryginały do wglądu),
3. aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności wg załącznika nr 1,
4. dokument określający właściciela lokalu/mieszkania, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (akt notarialny, umowa najmu, umowa darowizny lub inna umowa potwierdzająca prawo do lokalu), oryginał do wglądu,
5. zgoda właściciela na wykonanie wnioskowanych w budynku mieszkalnym lub lokalu, w którym na stałe zamieszkuje osoba niepełnosprawna, nie będąca właścicielem lub użytkownikiem wieczystym nieruchomości,
6. szkic i wymiary pomieszczeń, w których ma zostać przeprowadzona likwidacja barier architektonicznych,
7. zestawienie kosztów planowanej realizacji zadania sporządzony przez przedstawicieli firmy budowlanej lub przez osobę posiadającą uprawnienia budowlane,
8. projekt, pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach),
9. w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej - kopię zaświadczenia lub wyroku Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu),
10. w przypadku reprezentowania osoby niepełnosprawnej przez pełnomocnika – kopię pełnomocnictwa poświadczonego przez notariusza (oryginał do wglądu).

Uwaga:

Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania. Prace/zakupy dokonane przed podpisaniem umowy nie podlegają dofinansowaniu.

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „Nie dotyczy”. W przypadku, gdy w formularzu Wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu - załącznik nr” czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryki formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzy ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl email: sekretariat@pcprkartuzy.pl

KLAUZULA INFORMACYJNA

W związku z rozpoczęciem stosowania z dniem 25 maja 2018 r. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, dalej: RODO) informujemy, iż na podstawie art. 13 RODO od dnia 25 maja 2018 r. będą Pani/Panu przysługiwały określone poniżej prawa związane z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przez **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie**.

1. Administratorem danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie** z siedzibą w Kartuzach, ul. Mściwoja II 20, sekretariat@pcprkartuzy.pl
2. W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym można skontaktować się pod adresem e-mail: iod@pcprkartuzy.pl
3. Dane osobowe przetwarzane będą w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze danych związanym m.in. z udzieleniem dofinansowania ze środków PFRON na likwidację barier architektonicznych dla osoby niepełnosprawnej.
4. Dane osobowe przetwarzane są na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
5. Dane osobowe przetwarzane są zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c rozporządzenie z dnia 27 kwietnia 2016 r. o ochronie danych osobowych.
6. Odbiorcą danych osobowych będą tylko podmioty uprawnione do odbioru Pani/Pana danych, w tym państwa trzecie, w uzasadnionych przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów prawa.
7. Administrator nie zamierza przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
8. Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa, przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania wskazanych w pkt. 3, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.
9. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu.
10. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
11. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym.
12. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

Zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną

.....
data i czytelny podpis



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzy ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl email: sekretariat@pcprkartuzy.pl

Załącznik nr 1 do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier architektonicznych

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla celów związanych z ubieganiem się przez osobę niepełnosprawną w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Kartuzach o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
likwidacji barier architektonicznych

Imię i nazwisko:

.....

PESEL:

Miejsce zamieszkania.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

.....

2. Niepełnosprawność pacjenta dotyczy (zaznaczyć właściwe):

- brak obu kończyn górnych
- brak jednej kończyny górnej
- brak obu kończyn dolnych
- brak jednej kończyny dolnej
- znaczny niedowład obu kończyn górnych
- znaczny niedowład obu kończyn dolnych
- jednoczesna dysfunkcja kończyny dolnej i górnej
- jednoczesna dysfunkcja kończyn górnych i dolnych
- inne schorzenie:

3. Opis niepełnosprawności, związany z trudnościami w poruszaniu się (zaznaczyć właściwe):

- osoba leżąca wymagająca opieki innych osób
 - osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
 - osoba poruszająca się przy pomocy balkonika, trójnogu, kul, itp.
 - osoba zaopatrzona w protezy:
 - kończyn górnych
 - kończyn dolnych
- osoba z dysfunkcją narządu wzroku:
 - niedowidząca
 - niewidoma
- inne dysfunkcje utrudniające poruszanie się (opisać jakie):.....



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzy ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl email: sekretariat@pcprkartuzy.pl

4. Uwagi dodatkowe:

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

.....
data

.....
pieczętka i podpis lekarza

UWAGA:

Barier architektoniczne to wszelkie utrudnienia występujące w budynku i jego najbliższej okolicy, które ze względu na rozwiązania techniczne, konstrukcyjne lub warunki użytkowania uniemożliwiają lub utrudniają swobodę ruchu osobom niepełnosprawnym § 6 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015 r., poz. 926, ze zm.) stanowi, że:

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