**Nr sprawy:…………………………….**

**WNIOSEK**

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji**

# Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

**Część A – DANE WNIOSKODAWCY**

|  |
| --- |
| **DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Imię i nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Nr telefonu / adres e-mail:** |  |
|  | **ADRES ZAMIESZKANIA** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu / nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy i poczta:** |  |

|  |
| --- |
| **DANE** **PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (w przypadku dzieci oraz dorosłych nieposiadających zdolności do czynności prawnych)** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Imię i nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Nr telefonu / adres e-mail:** |  |

|  |
| --- |
| **STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:** | * **tak**
* **nie**
 |
| **Stopień niepełnosprawności:** | * **Znaczny**
* **Umiarkowany**
* **Lekki**
* **Nie dotyczy**
 |
| **Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:** | * **na stałe**
* **okresowo – do dnia: ……………………………..**
 |
| **Grupa inwalidzka:** | * **I grupa**
* **II grupa**
* **III grupa**
* **nie dotyczy**
 |
| **Niezdolność:** | * **Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji**
* **Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny**
* **Osoby całkowicie niezdolne do pracy**
* **Osoby częściowo niezdolne do pracy**
* **Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym**
* **Nie dotyczy**
 |
| **Rodzaj niepełnosprawności:** | * **01-U – upośledzenie umysłowe**
* **02-P – choroby psychiczne**
* **03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu**
* **osoba głucha**
* **osoba głuchoniema**
* **04-O – narząd wzroku**
* **osoba niewidoma**
* **osoba głuchoniewidoma**
* **05-R – narząd ruchu**
* **wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego**
* **dysfunkcja obu kończyn górnych**
* **06-E – epilepsja**
* **07-S – choroby układu oddechowego i krążenia**
* **08-T – choroby układu pokarmowego**
* **09-M – choroby układu moczowo-płciowego**
* **10-N – choroby neurologiczne**
* **11-I – inne**
* **12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe**
 |

## SYTUACJA ZAWODOWA

* Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
* Osoba w wieku od 18 do 24 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?

|  |
| --- |
| **OPIS BUDYNKU I MIESZKANIA** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Warunki mieszkaniowe** | * Złe
* Przeciętne
* Dobre
* Bardzo dobre
 |
| **Budynek:** | * dom jednorodzinny,
* wielorodzinny prywatny,
* wielorodzinny komunalny,
* wielorodzinny spółdzielczy
 |
| **Ilość pięter:** | * budynek parterowy,
* piętrowy,
* mieszkanie na piętrze (którym?):
 |
| **Przybliżony wiek budynku lub rok budowy:** |  |
| **Liczba pokoi:** | ………………………….* + kuchnia,
* + łazienka,
* + wc
 |
| **Łazienka jest wyposażona w:**  | * wannę,
* brodzik,
* kabinę prysznicową,
* umywalkę
 |
| **W mieszkaniu jest:**  | * instalacja wody zimnej,
* ciepłej,
* kanalizacja,
* centralne ogrzewanie,
* prąd,
* gaz
 |
| **Inne informacje o warunkach mieszkaniowych:** |  |

**SYTUACJA MIESZKANIOWA** (wstawić x we właściwej rubryce)

|  |  |
| --- | --- |
| 1. samotnie |  |
| 2. z rodziną |  |
| 3. z osobami nie spokrewnionymi |  |

## ŚREDNI DOCHÓD

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym …………………………………………..

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód netto, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił……………………………………………………………… zł

## KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

**Na likwidację barier architektonicznych ze środków finansowych PFRON:**

* nie korzystałem
* korzystałem

|  |
| --- |
| **CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON** |
| **Cel dofinansowania** | **Nr umowy** | **Data zawarcia umowy** | **Kwota****dofinansowania** | **Stan rozliczenia** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

# Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

|  |
| --- |
| **WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU****LIKWIDACJI BARIER** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:** |  |
| **Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):** |  |
| **Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON co stanowi 95% kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:** |  |
| **Miejsce realizacji zadania:** |  |
| **Termin rozpoczęcia:** |  |
| **Przewidywany czas realizacji:** |  |
| **Informacja o innych źródłach finansowania** |  |
| **Opis stanu istniejącego (opis barier jakie występują w miejscu zamieszkania Wnioskodawcy)** |  |
| **Cel dofinansowania (jakie efekty zamierza Wnioskodawca uzyskać w wyniku likwidacji barier)** |  |

|  |
| --- |
| **OPIS PONIESIONYCH NAKŁADÓW** |
| Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH*** Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Właściciel konta (imię i nazwisko):** |  |
| **Nazwa banku:** |  |
| **Nr rachunku bankowego:** |  |

* Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi
 |

 |

## OŚWIADCZENIE

1. 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.

2. Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych.

4. Niniejszy wniosek złożony w dniu dzisiejszym zostanie rozpatrzony po przekazaniu środków finansowych z Państwowego Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i podjęciu przez Powiat Bieszczadzki uchwały o podziale środków PFRON na poszczególne zadania w roku bieżącym,

5. Dofinansowanie będzie przyznawane do wyczerpania środków finansowych PFRON przeznaczonych na realizację zadania,

6. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie,

7. Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z otrzymaniem dofinansowania,

8. Wszelkie zmiany we wniosku jak i rezygnację należy zgłaszać do PCPR w Ustrzykach Dolnych w formie pisemnej.

9. Oświadczam ze zapoznałem/am się z treścią Klauzuli RODO.

**Klauzula RODO**

Na podstawie art. 13 RODO 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej: RODO) informujemy, że:

1. Administratorem Danych Osobowych klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Ustrzykach Dolnych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Ustrzykach Dolnych, z siedzibą w Ustrzykach Dolnych, ul. Bełska 22, 38-700 Ustrzyki Dolne, tel. 13 471 25 30, e-mail: pcpr@bieszczadzki.pl.

2. W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Ustrzykach Dolnych został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych Osobowych, z którym można się skontaktować listownie na adres: Inspektor Ochrony Danych Osobowych ul. Bełska 22, 38-700 Ustrzyki dolne; telefon kontaktowy: 13 471 25 32, e-mail: rsroka@bieszczadzki.pl.

3. Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

4. Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi u administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane do czasu zakończenia postępowania.

5. Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, pocztowe, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych.

6. Przysługuje Państwu: prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii, prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych, prawo do usunięcia danych osobowych, prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych, prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora.

7. Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora.

8. Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU** |

1. Kopia orzeczenia, o którym mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,

2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie w Wnioskodawcą

3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności (ważne 3 miesiące od daty wystawienia),

4. Zaświadczenie z UG o zameldowaniu Wnioskodawcy i osób stanowiących z nim wspólne gospodarstwo domowe,

5. Zgoda właściciela budynku (w koniecznych przypadkach),

6. Zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy o statusie osoby ( w przypadku osoby bezrobotnej lub poszukującej pracy).

7. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (własność, użytkowanie wieczyste, umowa najmu itp.)

**Do drugiego etapu rozpatrywania wniosku należy przedłożyć następujące dokumenty:**

1. Projekt budowlany podjazdu dla wózka inwalidzkiego /jeśli dotyczy/.

2. Projekt zagospodarowania pomieszczenia / podjazdu dla wózka inwalidzkiego /jeśli dotyczy/ z usytuowaniem poszczególnych urządzeń i ich oporęczowaniem.

3. Kosztorys szczegółowy wykonany na podstawie Katalogu Nakładów Rzeczowych (KNR) na zakres robót objętych dofinansowaniem.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Miejscowość* | *Data* | *Podpis Wnioskodawcy* |
|  |  |  |

Załącznik do wniosku na likwidacje barier architektonicznych

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

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

wydane dla potrzeb PCPR w Ustrzykach Dolnych – likwidacja barier architektonicznych

Imię i Nazwisko: …......................................................................................................................

PESEL: ………………………………..……….……………………………………………….

Adres zamieszkania: ……………………………………………………………………………

**Przyczyna niepełnosprawności**: - wstawić X we właściwe rubryki:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Upośledzenie umysłowe
 |  |
| 1. Choroby psychiczne
 |  |
| 1. Zaburzenia głosu, mowy/choroby słuchu -**WŁAŚCIWE PODKREŚLIĆ**
 |  |
| 1. Choroby narządu wzroku
 |  |
| 1. Upośledzenia narządu ruchu: dysfunkcja górnych kończyn
 |  |
| 5a. Upośledzenia narządu ruchu: osoba leżąca/poruszająca się przy pomocy wózka inwalidzkiego |  |
| 5b. Upośledzenia narządu ruchu: osoba poruszająca się przy pomocy przedmiotów ortopedycznych: kule/laska/balonik – **WŁAŚCIWE PODKRESLIĆ** |  |
| 5c. Upośledzenia narządu ruchu: osoba poruszająca się samodzielnie  |  |
| 1. Epilepsja
 |  |
| 7. Choroby układu oddechowego i krążenia |  |
| 8. Choroby układu pokarmowego |  |
| 9. Choroby układu moczowo-płciowego |  |
| 10. Choroby neurologiczne |  |
| 11. Inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego |  |
| 12. Całościowe zaburzenia rozwojowe |  |

**Uzasadnienie, że osoba ma trudności w poruszaniu się w związku z istniejącą niepełnosprawnością:**

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

................................ ……............................................................

 Data Podpis i pieczęć lekarza wystawiającego zaświadczenie