

.....  
(data wpływu kompletnego wniosku)

.....  
nr kolejny wniosku

**WNIOSEK**  
**O dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób**  
**Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych, technicznych oraz w**  
**komunikowaniu się**

**DOFINANSOWANIE NIE MOŻE OBEJMOWAĆ KOSZTÓW REALIZACJI ZADANIA**  
**PONIESIONYCH PRZED PRYZNANIEM ŚRODKÓW FINANSOWYCH I ZAWARCIEM**  
**UMOWY O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODÓW PFRON!!!**

**I. Dane dotyczące Wnioskodawcy**

.....syn/córka.....  
Imię (imiona) i nazwisko Imię ojca

seria .....nr .....wydany w dniu.....przez.....  
dowód osobisty

nr PESEL.....

Miejscowość.....ulica.....nr domu.....nr lokalu.....  
dokładny adres

nr kodu.....poczta.....powiat.....

województwo.....nr tel/fax (z nr kier.).....

Nazwa banku i numer konta bankowego.....

**II. Posiadane orzeczenie**

- a) o stopniu niepełnosprawności                      znacznym           umiarkowanym           lekkim
- b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów           I                           II                           III
- c) o całkowitej/ częściowej niezdolności do pracy/niezdolność do pracy w gospodarstwie  
rolnym/i niezdolności do samodzielnej egzystencji
- d) o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia

**III. Przedmiot dofinansowania**

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

**IV. Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier**

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

**V. Oświadczenie**

Niniejszym oświadczam, że średni miesięczny dochód (netto) w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wyniósł .....zł  
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi .....

**VI. Miejsce realizacji zadania** ( proszę podać dokładny adres budynku/ lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych)

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

**VII. Cel dofinansowania** (proszę wpisać informacje uzasadniające ubieganie się o dofinansowanie)

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

**VIII. Przewidywany koszt realizacji zadania** (proszę wpisać kwotę):.....zł

**IX. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania** (proszę wpisać termin od - do)

.....

**X. 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**

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

**XI. Udokumentowana informacja o innych źródłach dofinansowania zadania**

.....  
.....

**XII. Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON? – dotyczy umów zawieranych z PFRON**

Na jaki cel	Przyznane środki	Data przyznania	Numer umowy	Stan rozliczenia

**XIII. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania**( proszę wpisać kwotę-maksymalna kwota dofinansowania może wynosić 95% kosztów przedsięwzięcia): .....zł

**XIV. Informacja o korzystaniu z PFRON**

1. Byłem (am)/nie byłem (am)\* w ciągu trzech lat przed dniem złożenia wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie
2. Posiadam/nie posiadam\* wymagane zobowiązania wobec Funduszu

Upředzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297§ 1,2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U. Nr. 88 , poz. 553) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

\* właściwe zaznaczyć

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.**

.....  
(podpis Wnioskodawcy, przedstawiciela \*  
opiekuna prawnego\* pełnomocnika\*)

**Przedstawiciel ustawy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik.**

.....syn/córka.....  
Imię (imiona) i nazwisko Imię ojca  
seria.....nr.....wydany w dniu.....przez.....  
Dowód osobisty  
PESEL .....NIP.....  
Miejscowość.....ulica.....nr domu.....nr lokalu.....  
Nr kodu.....poczta.....powiat.....  
Województwo.....nr tel/fax (z nr.kier.).....  
Ustanowiony opiekun\*/pełnomocnik\*.....  
Postanowieniem Sądu Rejonowego z dn.....repet. nr.....

\* właściwe zaznaczyć

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.**

.....  
(Przedstawiciela \*,opiekuna prawnego\* pełnomocnika\*)

**Załączniki do wniosku**

- 1) Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopię orzeczenia o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed 1 stycznia 1998r.
- 2) Kopia orzeczenia o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób
- 3) Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności, jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu.
- 4) Udokumentowane podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (akt własności, umowa najmu), jeśli Wnioskodawca nie jest właścicielem lokalu, również zgoda właściciela

.....  
(Pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

Data.....

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko.....

Zamieszkały.....

Wymaga likwidacji barier architektonicznych ze względu na (rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących) **WSZYSTKIE DANE PROSZĘ UZUPEŁNIĆ CZYTELNICIE I W JĘZYKU POLSKIM!**

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

Z jakich przedmiotów ortopedycznych korzysta pacjent przy poruszaniu się (oprotezowanie kończyn górnych-jednostronne/obustronne, oprotezowanie kończyn dolnych-jednostronne/obustronne, wózek inwalidzki, kule łokciowe, inne-jakie?)

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

.....  
(pieczęć lekarza)

„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.”

.....  
(miejscowość i data)

## OŚWIADCZENIE

Ja, .....niżej podpisany oświadczam, że  
zamieszkuję w budynku mieszczącym się w .....  
przy ulicy ..... z zamiarem stałego pobytu.

Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297§ 1,2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88 , poz. 553) oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

.....  
(podpis)

**Klauzula informacyjna**  
**dla klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kościanie**  
64-000 Kościan, ul. Gostyńska 38

W związku z rozpoczęciem stosowania od dnia 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 (ogólne rozporządzenie 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 w Kościanie oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

- Administratorem danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Kościanie przy ul. Gostyńskiej 38 oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**
- **W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Kościanie wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym można się kontaktować pod adresem e-mail: [iod@pcprkoscian.pl](mailto:iod@pcprkoscian.pl)**
- Dane osobowe przetwarzane będą w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze danych.
- Dane osobowe przetwarzane są zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c rozporządzenie z dnia 27 kwietnia 2016 r. o ochronie danych osobowych.
- Odbiorcą danych osobowych będą tylko podmioty uprawnione do odbioru Pani/Pana danych.
- Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa, przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.
- Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu;
- 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 2016r.;
- Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym.

.....  
podpis