

Wniosek złożono do PCPR w Makowie Mazowieckim w dniu:	Numer sprawy:
	

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych, w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

1. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY – OSOBY WNIOSKUJĄCEJ O DOFINANSOWANIE <i>(Osobą wnioskującą o dofinansowanie jest pełnoletnia osoba niepełnosprawna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, opiekun prawny osoby ubezwłasnowolnionej, przedstawiciel ustawowy małoletniego, pełnomocnik osoby niepełnosprawnej)</i>	
Nazwisko i imiona	
Data urodzenia r. PESEL ____ _	
Forma reprezentowania osoby niepełnosprawnej (zaznaczyć właściwe, jeśli dotyczy): ☐ przedstawiciel ustawowy ☐ opiekun prawny - Postanowienie Sądu Rejonowego w z dnia Sygn. akt ☐ pełnomocnik - na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza z dnia repet. Nr	
DOWÓD OSOBISTY seria i numer wydany w dniu r. przez ważny do dnia r.	
MIEJSCE ZAMIESZKANIA <i>(miejscowość, w której Wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego Wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe)</i>	ADRES ZAMELDOWANIA <i>(należy wpisać jeśli jest inny niż adres zamieszkania)</i>
miejscowość	miejscowość
kod pocztowy ____ - ____ poczta	kod pocztowy ____ - ____ poczta
ulica	ulica
nr domu nr lokalu	nr domu nr lokalu
powiat	powiat
ADRES KORESPONDENCYJNY <i>(należy wpisać jeśli jest inny niż adres zamieszkania)</i>	
KONTAKT TELEFONICZNY	

2. DANE PERSONALNE ADRESATA POMOCY - OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ, DLA KTÓREJ PRZEZNACZONA JEST POMOC <i>(należy wypełnić, jeśli jest to inna osoba niż Wnioskodawca wskazany wyżej, np. dziecko, osoba ubezwłasnowolniona, osoba niepełnosprawna działająca przez pełnomocnika)</i>	
Nazwisko i imiona	
Data urodzenia r. PESEL ____ _	
DOWÓD OSOBISTY seria i numer wydany w dniu r. przez ważny do dnia r.	
MIEJSCE ZAMIESZKANIA <i>(miejscowość, w której Adresat pomocy przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem jego życia codziennego Adresata pomocy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe)</i>	ADRES ZAMELDOWANIA <i>(należy wpisać jeśli jest inny niż adres zamieszkania)</i>
miejscowość	miejscowość
kod pocztowy ____ - ____ poczta	kod pocztowy ____ - ____ poczta
ulica	ulica
nr domu nr lokalu powiat	nr domu nr lokalu powiat

3. STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI*	
☐ całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji ☐ całkowita niezdolność do pracy ☐ częściowa niezdolność do pracy	Orzeczenie ważne: ☐ okresowo do r. ☐ bezterminowo
☐ I grupa inwalidzka ☐ II grupa inwalidzka ☐ III grupa inwalidzka	
☐ znaczny stopień niepełnosprawności ☐ umiarkowany stopień niepełnosprawności ☐ lekki stopień niepełnosprawności	
☐ niepełnosprawność dziecka przed 16 rokiem życia	Orzeczenie ważne do r.

4. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI*
☐ dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim ☐ wrodzony brak lub amputacja dłoni lub rąk ☐ inna dysfunkcja narządu ruchu (jaka ?)..... ☐ dysfunkcja narządu wzroku ☐ dysfunkcja narządów słuchu i mowy ☐ deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe) ☐ zaburzenia psychiczne ☐ całościowe zaburzenia rozwojowe ☐ niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia

5. SYTUACJA RODZINNA*
☐ osoba samotna ☐ osoba zamieszkująca z rodziną i/lub osobami niespokrewnionymi

6. SYTUACJA ZAWODOWA *
☐ osoba pracująca, ☐ bezrobotny, poszukujący pracy ☐ rencista, emeryt nie zainteresowany podjęciem zatrudnienia ☐ osoba w wieku od 18 do 24 roku życia ucząca się w systemie szkolnym lub studium i niepracująca ☐ osoba w wieku do 18 roku życia

7. KORZYSTANIE PRZEZ NIEPEŁNOSPRAWNEGO WNIOSKODAWCĘ LUB ADRESATA POMOCY ZE ŚRODKÓW PFRON					
Czy niepełnosprawny Wnioskodawca lub Adresat pomocy w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym został złożony wniosek o dofinansowanie korzystał ze środków PFRON (w tym będących w dyspozycji PCPR)?* Jeśli tak, proszę wpisać poniżej.					☐ TAK ☐ NIE
Nazwa instytucji, programu i/lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc	Przedmiot dofinansowania (na co udzielono dofinansowania)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez inst. udzielającą pomocy (w zł)

Czy niepełnosprawny Wnioskodawca lub Adresat pomocy posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON?*				☐ TAK ☐ NIE	

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:

Uwaga! Przez „wymagalne zobowiązania” należy rozumieć zobowiązania, których termin zapłaty minął, a które nie zostały przedawnione, ani umorzone.

8. OPIS BUDYNKU LUB MIESZKANIA, W KTÓRYM MA NASTĄPIĆ LIKWIDACJA BARIER ARCHITEKTONICZNYCH

1. Dom: ☐ jednorodzinny ☐ wielorodzinny prywatny ☐ wielorodzinny komunalny ☐ wielorodzinny spółdzielczy ☐ inne	2. Budynek: ☐ parterowy ☐ piętrowy ☐ mieszkanie na kondygnacji
3. W budynku lub mieszkaniu jest: ☐ instalacja wody zimnej ☐ instalacja wody ciepłej ☐ centralne ogrzewanie ☐ prąd ☐ gaz	4. Sytuacja mieszkaniowa: ☐ pokoje (ilość) ☐ kuchnia ☐ łazienka

5. Data wydania pozwolenia na budowę lub przybliżony wiek budynku.....

6. Inne istotne informacje o warunkach mieszkaniowych

.....

.....

.....

.....

9. PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA Z OKREŚLENIEM ZAKRESU RZECZOWEGO

.....

.....

.....

.....

.....

.....

10. PRZEWIDYWANY KOSZT CAŁKOWITY PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA

..... zł

Słownie złotych

11. WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON

..... zł

Słownie złotych

12. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O WYSOKOŚCI UDZIAŁU WŁASNEGO*	
Oświadczam, że zapewnię środki finansowe (własne, sponsora lub z innych źródeł niż PFRON) na pokrycie udziału własnego w wymaganej wysokości, uzupełniającej przyznane przez PCPR dofinansowanie, wystarczającej na pełną realizację zadania	☐ TAK ☐ NIE
13. UDOKUMENTOWANA INFORMACJA O INNYCH ŹRÓDŁACH FINANSOWANIA ZADANIA	
.....	

14. TERMIN ROZPOCZĘCIA I PRZEWIDYWANY CZAS REALIZACJI ZADANIA
Rozpoczęcie Zakończenie

15. UZASADNIENIE WNIOSKU
<i>(należy uzasadnić wniosek w odniesieniu do celu likwidacji barier architektonicznych oraz wpływu likwidacji ww. barier na zmniejszenie lub ograniczenie skutków niepełnosprawności)</i>
.....

* WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ

Oświadczam, że :

- 1) niezwłocznie poinformuję PCPR o zmianach zaistniałych w mojej sytuacji życiowej, mających wpływ na przyznanie dofinansowania,
- 2) w myśl art. 6 ust.1 lit a) RODO wyrażam / nie wyrażam* zgodę na przetwarzanie moich danych kontaktowych zawartych w niniejszym wniosku przez administratora danych, tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Makowie Mazowieckim, adres: ul. Duńskiego Czerwonego Krzyża 3, 06-200 Maków Mazowiecki, w celu kontaktu telefonicznego. Zgoda może zostać cofnięta w dowolnym momencie,
- 3) dane zawarte we wniosku i w załącznikach do tego wniosku są zgodne ze stanem faktycznym oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, skutkuje nierozpatrzeniem wniosku. Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

DATA	CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

- 1) administratorem danych osobowych osób ubiegających się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych, w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Makowie Mazowieckim, adres: ul. Duńskiego Czerwonego Krzyża 3, 06-200 Maków Mazowiecki;
- 2) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: pcpr_makowmazowiecki@interia.pl;
- 3) administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe w celu związanym z rozpatrzeniem i realizacją wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych, w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych. Państwa dane osobowe są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku

prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;

- 4) dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);
 - 5) administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
 - 6) mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.
- Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:
- 1) Państwa dane osobowe będą przechowywane do momentu upływu okresu przewidzianego zgodnie z ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz Rozporządzeniu Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego z dnia 20 października 2015 r. w sprawie klasyfikowania i kwalifikowania dokumentacji, przekazywania materiałów archiwalnych do archiwów państwowych i brakowania dokumentacji niearchiwalnej;
 - 2) przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przeniesienia danych oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
 - 3) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji ww. celów. Konsekwencją niepodania danych osobowych jest brak możliwości rozpatrzenia wniosku się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych, w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych;
 - 4) administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe”.

DATA	CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY

WYPEŁNIA PRACOWNIK PCPR

16. WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU	ZAŁĄCZONO TAK/NIE	UZUPEŁNIONO DNIA	UWAGI
Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub o niepełnosprawności, lub orzeczenia równoważnego (<i>oryginał do wglądu</i>);			
Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub o niepełnosprawności, lub orzeczenia równoważnego osób niepełnosprawnych pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym z niepełnosprawnym Wnioskodawcą lub Adresatem pomocy (<i>oryginał do wglądu</i>);			
Aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności ze wskazaniem do likwidacji barier architektonicznych (<i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku</i>);			
Oświadczenie o wysokości średniego miesięcznego dochodu przypadającego na jedną osobę w gospodarstwie domowym niepełnosprawnego Wnioskodawcy lub Adresata pomocy (<i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do wniosku</i>);			
Zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy, zarejestrowanego w PUP;			
W przypadku gdy wniosek dotyczy potrzeb osoby niepełnosprawnej pracującej lub prowadzącej własną działalność gospodarczą – aktualne zaświadczenie z miejsca pracy potwierdzające zatrudnienie lub dokument potwierdzający wpis z Centralnej Ewidencji Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG);			
W przypadku gdy wniosek dotyczy potrzeb osoby niepełnosprawnej uczącej się lub studiującej - aktualne zaświadczenie ze szkoły lub uczelni o kontynuowaniu nauki;			
W przypadku, gdy Adresat pomocy działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego - kserokopia odpowiednio uwierzytelnionego pełnomocnictwa lub postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (<i>oryginał do wglądu</i>);			

Udokumentowana podstawa prawna zameldowania osoby niepełnosprawnej w budynku/lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych - zaświadczenie o zameldowaniu (<i>ważne 3 miesiące od daty wystawienia</i>);			
Kserokopia aktualnego dokumentu potwierdzającego tytuł prawny do lokalu niepełnosprawnego Wnioskodawcy lub Adresata pomocy budynku/lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych np. wypis z księgi wieczystej, akt własności, umowa najmu (<i>ważne 3 miesiące od daty wystawienia lub uwierzytelnienia - oryginał do wglądu</i>);			
W przypadku, gdy lokal jest własnością innej osoby należy dostarczyć pisemną zgodą właściciela budynku/lokalu na wykonanie robót we wnioskowanym zakresie;			
Atest, certyfikat lub deklaracja zgodności przedmiotu dofinansowania z normami unijnymi (w języku polskim)			
Inne dokumenty			

17. ADNOTACJE PRACOWNIKA PCPR, W TYM OPINIA ZASADNOŚCI PRZYZNANIA DOFINANSOWANIA Data i podpis pracownika PCPR

18. ZAŁĄCZONE DOKUMENTY PO PRYZNANIU DOFINANSOWANIA			
Szczegółowy kosztorys określający zakres rzeczowo finansowy przedsięwzięcia np. ofertowy;			
Rzuty poziome i pionowe stanu istniejącego i projektowanego w których/którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych;			
Pozwolenie na budowę lub decyzja właściwego organu budowlanego o nie wniesieniu sprzeciwu wobec zamiaru wykonania robót (<i>w koniecznych przypadkach</i>);			
Dokument potwierdzający przyjęte pełnomocnictwo inwestora zastępczego, jeżeli Wnioskodawca takiego ustanowił.			