

Nr akt: ON.705.....2021

**WNIOSEK**  
**O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU**  
**REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH KOSZTÓW LIKWIDACJI**  
**BARIER ARCHITEKTONICZNYCH**

**UWAGA!** Dofinansowanie nie obejmuje kosztów poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy ze Starostą

**I. Dane dotyczące Wnioskodawcy:**

1. **Imię i nazwisko** .....

Data urodzenia: ..... nr PESEL .....

2. **Adres zamieszkania:**

miejsowość ..... ul. ....nr domu/lokalu .....

kod ..... - ..... poczta .....

3. **Numer telefonu:** .....

4. **Numer rachunku bankowego:** .....

Nazwa banku: .....

5. W przypadku, gdy osobą niepełnosprawną, której dotyczy wniosek jest dziecko w wieku do 18 lat, należy podać:

Imię i nazwisko dziecka: .....

Datę urodzenia dziecka: ..... nr PESEL .....

6. Oświadczenie o dochodach:

Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi .....

Przeciętny **miesięczny dochód** (netto), w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych\*, **w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego**, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wyniósł ..... zł.

7. Czy w związku z niepełnosprawnością Wnioskodawca ma trudności w poruszaniu się?

TAK, (krótki opis) .....

.....

.....

NIE

8. Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne)?

TAK – 1 OSOBA

TAK – WIĘCEJ NIŻ 1 OSOBA

NIE

9. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON:

Czy Wnioskodawca, w okresie 3 lat poprzedzających złożenie wniosku, korzystał z dofinansowania ze środków PFRON, w tym przekazanych przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych?

NIE – proszę przejść do następnego pytania

TAK – proszę wypełnić poniższą tabelę

cel dofinansowania	data i numer umowy	kwota przyznanego dofinansowania	Kwota rozliczona

## II. Sytuacja mieszkaniowa Wnioskodawcy:

1.	Dom:	1) dom jednorodzinny 2) dom wielorodzinny prywatny 3) wielorodzinny komunalny 4) wielorodzinny spółdzielczy 5) inny: jaki? .....		
2.	Liczba pokoi .....	Oddzielna kuchnia 1) tak 2) nie		
3.	Budynek:	1) parterowy 2) piętrowy - mieszkanie na ..... piętrze		
4.	Przybliżony wiek budynku lub rok budowy .....			
5.	Wyposażenie mieszkania w instalacje:			
	Woda zimna: 1) w mieszkaniu 2) poza mieszkaniem 3) poza budynkiem 4) brak wody		Woda ciepła: 1) w mieszkaniu 2) poza mieszkaniem 3) poza budynkiem 4) brak wody	
	Ogrzewanie: 1) piec węglowe 2) ogrzewanie centralne 3) ogrzewanie centralne – gazowe 4) ogrzewanie elektryczne – akumulacyjne 5) brak ogrzewania			
	Łazienka: 1) w mieszkaniu 2) poza mieszkaniem 3) brak		WC: 1) w mieszkaniu 2) poza mieszkaniem 3) poza budynkiem	
	Prąd: 1) tak 2) nie	Kanalizacja: 1) tak 2) nie	Gaz: 1) tak 2) nie	
6.	Wyposażenie łazienki: 1) wanna 2) brodzik 3) kabina prysznicowa 4) umywalka			
7.	Inne informacje o warunkach mieszkaniowych ( występujących utrudnieniach dla osoby niepełnosprawnej ) ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....			

**III. Informacje dotyczące przedmiotu wniosku:**

1. Przedmiot dofinansowania: .....

.....

.....

2. Wykaz planowanych przedsięwzięć ( robót, zakupów) w celu likwidacji barier architektonicznych i orientacyjny koszt (wymienić należy rodzaj i koszt robót, materiałów o których dofinansowanie ubiega się Wnioskodawca):

<b>Lp.</b>	<b>Wyszczególnienie kosztów przedsięwzięcia</b>	<b>ilość</b>	<b>wartość ogółem (w zł brutto)</b>
<b>Łączny przewidywany koszt realizacji zadania:</b>			

3. Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON ..... zł

( słownie: ..... zł )

[ maksymalna wysokość dofinansowania likwidacji barier wynosi do **95%** kosztu realizacji zadania, nie więcej jednak niż do wysokości piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia. W przypadku ograniczonych środków finansowych procent dofinansowania może ulec zmniejszeniu.]

**UWAGA! Dofinansowanie nie obejmuje kosztów poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy ze Starostą**

4. Oświadczam, że posiadam środki własne w wysokości co najmniej **5%** kosztów zadania zawiązanego z likwidacją barier architektonicznych \*\*:  Tak  Nie

5. Oświadczam, że posiadam środki finansowe z innych źródeł na dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych w wysokości ..... zł,

(słownie..... zł)

Tak

Nie

Udokumentowane źródło pochodzenia środków.....  
.....  
.....

6. Miejsce realizacji zadania ( instalacji urządzeń/wykonania robót ):

miejsowość ..... ul. ....

nr domu/lokalu ..... .

7.Termin rozpoczęcia i przewidywalny czas realizacji zadania:

.....

8. 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:

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

9. Uzasadnienie potrzeby wykonania prac objętych wnioskiem, w związku z niepełnosprawnością Wnioskodawcy:

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

**Oświadczam, że:**

1. informacje podane we wniosku i w załącznikach są zgodne z prawdą,
2. o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować PCPR w ciągu 14 dni,
3. nie byłem/em\*\* w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązywanej z przyczyn leżących po mojej stronie i nie posiadam zaległości wobec PFRON.

Data: .....

.....

**podpis** wnioskodawcy lub przedstawiciela  
ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Targu dodatkowych danych osobowych tj. daty urodzenia w celu weryfikacji danych, numeru telefonu w celu przekazywania informacji dotyczących prowadzonego postępowania.**

Zgoda jest wyrażana dobrowolnie i można ją wycofać w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Data: .....

.....

**podpis** wnioskodawcy lub przedstawiciela  
ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika

## Klauzula informacyjna

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Targu, ul. Szaflarska 39, 34-400 Nowy Targ, kontakt mailowy pod adresem: [pcpr@nowotarski.pl](mailto:pcpr@nowotarski.pl).
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: [iod@nowotarski.org.pl](mailto:iod@nowotarski.org.pl)
3. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości prawnych zrealizowania Pani/Pana żądania.
4. Dane zgromadzone na podstawie Pani/Pana zgody przetwarzane będą w celu weryfikacji Pani/Pana danych, przekazywania informacji dotyczących prowadzonego postępowania oraz przekazania przyznanego dofinansowania.
5. Ma Pan/Pani prawo do dostępu do swoich danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, a także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych.
6. **Więcej informacji znajduje się na stronie [www.pcpr.nowotarski.pl](http://www.pcpr.nowotarski.pl) oraz w siedzibie jednostki.**

### Złączniki wymagane przy złożeniu wniosku:

1. kopia ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego, a w przypadku dzieci do lat 16 kopia ważnego orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu),
2. zaświadczenie wydane przez lekarza, zawierające szczegółowy opis schorzenia będącego przyczyną orzeczenia niepełnosprawności (wypełnione czytelnie w języku polskim) - załącznik nr 1,
3. aktualny dokument potwierdzający własność lokalu lub budynku mieszkalnego, w którym Wnioskodawca stale zamieszkuje i ubiega się o zlikwidowanie barier architektonicznych,
4. pisemna zgoda właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego, w którym Wnioskodawca stale zamieszkuje wraz z dokumentem potwierdzającym własność (dotyczy sytuacji, gdy Wnioskodawca nie jest właścicielem),
5. szkic pomieszczeń, których dotyczy likwidacja barier architektonicznych ( z podaniem ich wymiarów, obecnego i projektowanego układu funkcjonalnego)- załącznik nr 2
6. kopia postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu) - w przypadku gdy wnioskodawca działa przez opiekuna prawnego
7. oświadczenie dotyczące przetwarzania danych osobowych - w przypadku, gdy we wniosku podane są dane osobowe osoby innej niż wnioskodawca.

\* Miesięczny dochód w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych to suma dochodów wszystkich członków gospodarstwa domowego pomniejszonych o obciążenia zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach systemie ubezpieczeń społecznych oraz kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

\*\* właściwe zaznaczyć

**Likwidacja barier architektonicznych – to przystosowanie mieszkania dla osoby niepełnosprawnej mającej trudności w poruszaniu się, w celu umożliwienia jej wykonywania podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem.**

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA  
dotyczące likwidacji barier architektonicznych**

Imię i nazwisko:.....

PESEL:.....

Adres zamieszkania:.....

**I. Przyczyna niepełnosprawności (wstawić „X” we właściwe rubryki)**

1. upośledzenie umysłowe	
2. choroby psychiczne	
3. zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	
4. choroby narządu wzroku	
5. upośledzenie narządu ruchu	
6. epilepsja	
7. choroby układu oddechowego i krążenia	
8. choroby układu pokarmowego	
9. choroby układu moczowo-płciowego	
10. choroby neurologiczne	
11. inne	
12. całościowe zaburzenie rozwojowe	

**II. Opis niepełnosprawności:** .....

.....  
.....

**III. Używane zaopatrzenie ortopedyczne:** .....

**IV. Szczegółowe uzasadnienie, że osoba ma trudności w poruszaniu się w związku**

**z istniejącą niepełnosprawnością:** .....

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

.....  
miejsowość i data

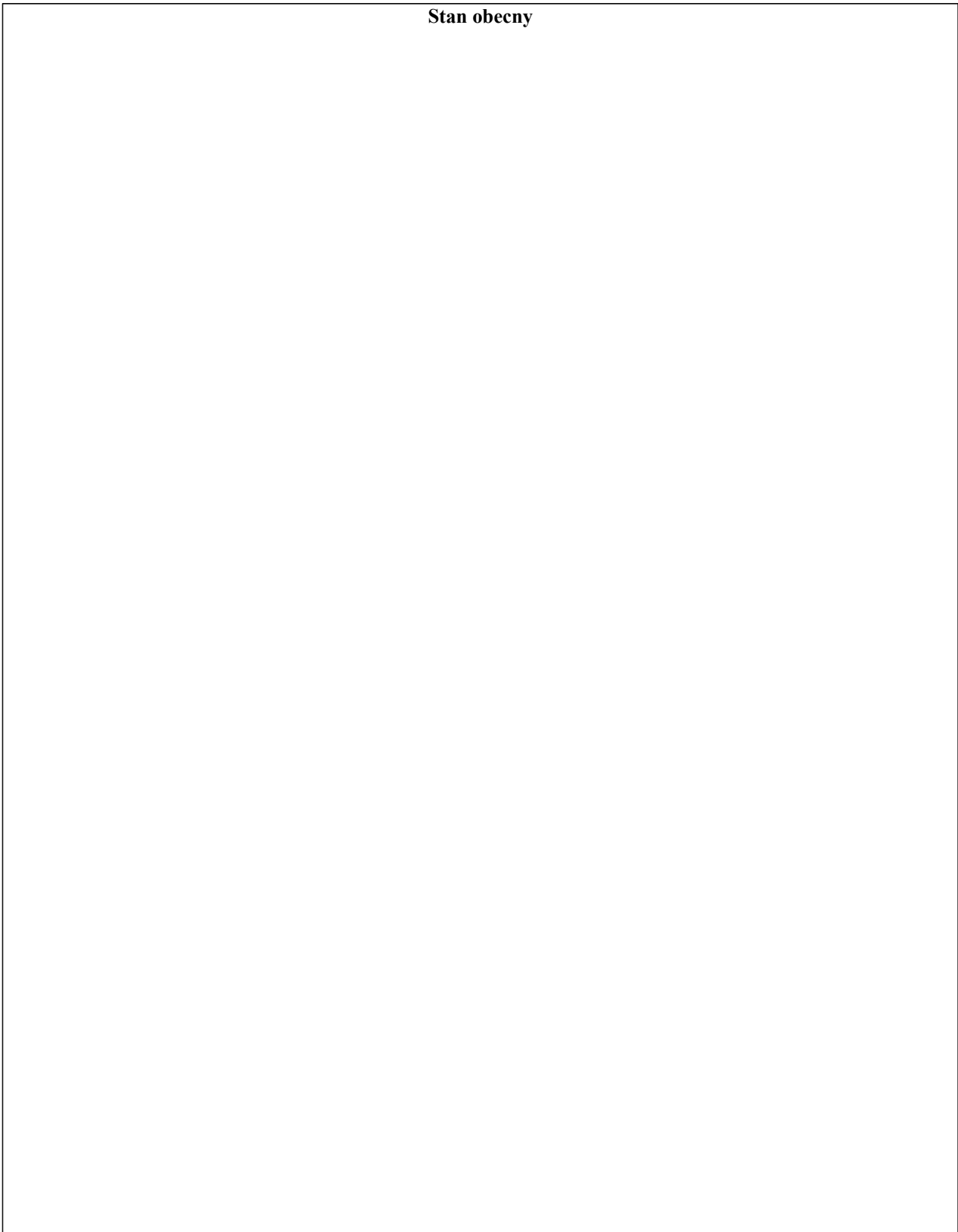
.....  
pieczęć i podpis lekarza



**Odręczny szkic** pomieszczenia budynku, w którym zlikwidowane mają zostać bariery wraz z naniesionymi wymiarami oraz usytuowaniem urządzeń lub odręczny szkic projektowanych na zewnątrz budynku elementów likwidacji barier ( np. pochylni ) wraz z naniesionymi wymiarami

**UWAGI: NIE JEST WYMAGANY RYSUNEK TECHNICZNY**

**Stan obecny**



**Odręczny szkic** pomieszczenia budynku, w którym zlikwidowane mają zostać bariery wraz z naniesionymi wymiarami oraz usytuowaniem urządzeń lub odręczny szkic projektowanych na zewnątrz budynku elementów likwidacji barier ( np. pochylni ) wraz z naniesionymi wymiarami

**UWAGI: NIE JEST WYMAGANY RYSUNEK TECHNICZNY**

**Stan po zmianach**

## Oświadczenie dotyczące przetwarzania danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Targu moich danych osobowych, tj.\*:

- imienia i nazwiska,  adresu zamieszkania,
- serii i nr dowodu osobistego,  numeru pesel,
- danych osobowych podanych w dokumentach potwierdzających własność lokalu/budynku mieszkalnego,
- innych, tj. ....

w celu realizacji wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON kosztów likwidacji barier architektonicznych złożonego przez .....

Zgoda jest wyrażana dobrowolnie i można ją wycofać w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

.....

(data i czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę)

*\* zaznaczyć „X” w odpowiedniej kratce*

Szczegółowe informacje dotyczące ochrony danych osobowych dostępne są na stronie internetowej PCPR ( [www.pcpr.nowotarski.pl](http://www.pcpr.nowotarski.pl) - zakładka ochrona danych osobowych ) oraz w siedzibie jednostki .