



Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
w Cieszynie

PCPR.DRS.4813.

NUMER SPRAWY

Data wpływu wniosku

Podpis pracownika

Data uzupełnienia wniosku

Podpis pracownika

WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH W ZWIĄZKU Z INDYWIDUALNYMI POTRZEBAMI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

UWAGA!

W celu właściwego wypełnienia wniosku prosimy o staranne jego przeczytanie. Wniosek należy wypełnić czytelnie i drukowanymi literami. Przed złożeniem wniosku proszę zapoznać się z „Zasadami dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zadań z zakresu rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych z terenu Powiatu Cieszyńskiego” – dostępnymi w PCPR w Cieszynie oraz na stronie internetowej PCPR.

Sam fakt złożenia wniosku nie gwarantuje otrzymania dofinansowania. Od negatywnego rozpatrzenia wniosku nie przysługuje odwołanie. Rozpatrywanie wniosku stanowi czynność materialno – techniczną.

Wniosek zwolniony z opłaty skarbowej na podstawie art. 2 ust. 1 pkt 1 lit. b ustawy z dnia 16.11.2006r. o opłacie skarbowej (tekst jednolity Dz. U. z 2020r. poz.1546 z późn. zm.)

1. Dane dotyczące Wnioskodawcy:

(osoby niepełnosprawnej, w funkcjonowaniu której bariera architektoniczna ma zostać usunięta)

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu:

(dobrowolne)

Adres e-mail:

(dobrowolne)

PESEL:

Adres do korespondencji:

2. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik:

(proszę wstawić X w odpowiednim miejscu)

- Znaczny stopień niepełnosprawności (pierwsza grupa)
- Umiarkowany stopień niepełnosprawności (druga grupa)
- Lekki stopień niepełnosprawności (trzecia grupa)
- Dziecko do 16 lat z orzeczoną niepełnosprawnością

3. Główna dysfunkcja najbardziej utrudniająca funkcjonowanie:
(proszę wstawić X w odpowiednim miejscu)

- Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
- Inna dysfunkcja narządu ruchu Dysfunkcja narządu wzroku
- Dysfunkcja narządu słuchu i/lub mowy
- Upośledzenie umysłowe
- Całościowe zaburzenie rozwoju (w tym autyzm, zespół Aspergera itd.)
- Epilepsja
- Inne, jakie:

4. Sytuacja na rynku pracy:
(proszę wstawić X w odpowiednim miejscu)

- Uczę się/ studiuję
- Pracuję
- Pracuję i studiuję/uczę się
- Jestem bezrobotny/a zarejestrowany/a w urzędzie pracy
- Jestem poszukujący/-ąca pracy zarejestrowany/a w urzędzie pracy
- Jestem nieaktywny/a zawodowo/nie poszukuję pracy

5. Dochody i liczba członków gospodarstwa domowego:

Oświadczam, że (zaznaczyć właściwe):

- prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe
- razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostaje następująca liczba osób

Razem dochód miesięczny netto w gospodarstwie domowym obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku zł
Średni miesięczny dochód netto na osobę (kwotę powyżej podzielić przez liczbę osób w gospodarstwie domowym) zł

Dochód – wyliczamy w następujący sposób: sumujemy dochody wszystkich osób, które je otrzymują za każdy z trzech miesięcy przed złożeniem wniosku np. jeśli składamy wniosek w styczniu to zliczamy dochody za grudzień, listopad i październik poprzedniego roku, jeśli składamy wniosek np. w czerwcu zliczamy dochody za maj, kwiecień i marzec, następnie uzyskaną sumę dzielimy przez 3 (3 miesiące) i przez liczbę osób wspólnie mieszkających (uzyskujących dochody i tych które ich nie uzyskują np. dzieci). Otrzymujemy średni miesięczny dochód na jedną osobę. **Przykład**

Mąż – dochody za 3 miesiące 2000+2100+2200 razem 6300

Żona – dochody za 3 miesiące 2000 + 2000 + 2000 razem 6000

Wspólnie osiągnane dochody 12300

Dzielimy je przez 3 miesiące 12 300:3 razem 4100

W rodzinie jest 2 dzieci więc dochody przypadają na 4 osoby

Uzyskany miesięczny dochód 4100 dzielimy przez 4 osoby co daje 1025 i tą kwotę wpisujemy w oświadczeniu.

Do dochodu nie wliczamy świadczeń z pomocy społecznej, zasiłku pielęgnacyjnego, świadczenia 500+ czy dobry start.

pobieram świadczenia z pomocy społecznej

6. Sytuacja mieszkaniowa: (proszę wstawić X w odpowiednim miejscu)	
Rodzaj budynku	
<input type="checkbox"/> jednorodzinny	<input type="checkbox"/> wielorodzinny prywatny
<input type="checkbox"/> wielorodzinny komunalny	<input type="checkbox"/> wielorodzinny spółdzielczy
Liczba kondygnacji	
<input type="checkbox"/> budynek parterowy <input type="checkbox"/> budynek piętrowy	
Wnioskodawca zamieszkuje <input type="checkbox"/> na parterze <input type="checkbox"/> na piętrze <input type="checkbox"/> cały budynek	
Wnioskodawca zamieszkuje <input type="checkbox"/> samotnie <input type="checkbox"/> z rodziną <input type="checkbox"/> z osobami niespokrewnionymi	
Wnioskodawca zamieszkuje z innymi osobami niepełnosprawnymi <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Wiek budynku/Rok budowy

* Informuję, iż dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych jest możliwe wyłącznie w budynkach już istniejących (bariery muszą zaistnieć, aby mogły być zlikwidowane). Dofinansowaniem ze środków Funduszu nie może być objęte dostosowanie do potrzeb osób niepełnosprawnych budynku nowo wybudowanego lub będącego w trakcie prac wykończeniowych. Za budynek nowo wybudowany uważa się budynek do 5 lat od daty odbioru budynku, czyli akceptacji przez właściwy urząd zawiadomienia o zakończeniu budowy i przystąpieniu do użytkowania obiektu budowlanego. Jeżeli niepełnosprawność powstała po odbiorze budynku i nie można było jej przewidzieć, to stanowi to wyjątek od ww. zasady.

7. Dotychczasowe korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (ostatnie 3 lata przed datą złożenia wniosku):			
Korzystałam /em:		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Numer i data zawartej umowy	Cel	Kwota	Stan rozliczenia

8. Informacja o numerze rachunku bankowego wnioskodawcy lub jego przedstawiciela prawnego:
Imię i nazwisko właściciela
Nazwa banku
Numer rachunku bankowego.....
9. Dane przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika: (jeżeli dotyczy)
Imię i nazwisko:
Adres zamieszkania:

Numer telefonu:

Adres e-mail:

PESEL:

Adres do korespondencji:

10. Zakres planowanych robót/dostaw: (w przypadku braku miejsca należy dołączyć opis prac w postaci załącznika do wniosku)

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

11. Kosztorys likwidacji bariery architektonicznej:

L.p.	Planowane zakupy/roboty:	Kwota brutto w zł
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
Łącznie koszty inwestycji:		
Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:		
Deklarowany udział Wnioskodawcy w kosztach przedsięwzięcia:		

12. Przewidywany czas, miejsce realizacji inwestycji oraz cel dofinansowania:

Czas trwania (liczba miesięcy):

Planowany termin rozpoczęcia realizacji inwestycji:

Miejsce realizacji inwestycji:

Cel dofinansowania

.....
.....

.....
.....
Cel dofinansowania – należy opisać przedmiot wniosku, do czego będzie służyć, występujące trudności, czy wpłynie na poprawę funkcjonowania, czy zostanie przywrócona swoboda ruchu, czy zostaną zlikwidowane utrudnienia w lokalu/budynku. W przypadku braku miejsca na druku wniosku cel-uzasadnienie można załączyć na oddzielnej kartce.

13. Informacja o kosztach poniesionych przed złożeniem wniosku:(jeżeli dotyczy)

.....
* W powyższym punkcie należy uwzględnić koszty zakupu materiałów lub prac, które zostały wykonane przed złożeniem wniosku i jednocześnie zostaną wykorzystane w realizacji przedmiotu dofinansowania. Koszty te nie podlegają dofinansowaniu ze środków PFRON.

14. Informacja o innych źródłach finansowania zadania: (wymaga udokumentowania jeżeli dotyczy)

15. Jakie efekty przyniesie likwidacja bariery architektonicznej?

(proszę wstawić X we właściwym miejscu)

Większa samodzielność wnioskodawcy w wykonywaniu czynności życia codziennego	
Całkowita samodzielność wnioskodawcy w wykonywaniu czynności życia codziennego	
Zwiększenie możliwości udziału wnioskodawcy w życiu społecznym poza miejscem zamieszkania rozumianym jako mieszkanie/dom <i>Jeśli zaznaczono tę opcję, należy uzasadnić w jaki sposób likwidacja bariery architektonicznej zwiększy szansę na aktywizację społeczną:</i>	
Zwiększenie szans wnioskodawcy na aktywizację zawodową/ na utrzymanie aktywności zawodowej. <i>Jeśli zaznaczono tę opcję, należy uzasadnić w jaki sposób likwidacja bariery architektonicznej zwiększy szanse na aktywizację zawodową/na utrzymanie aktywności zawodowej:</i>	
Inne efekty (proszę określić jakie):	

16. Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Cieszynie (43-400) przy ulicy Bobreckiej 29, reprezentowane przez Dyrektora (nr tel.: 33 47 77 117 adres e-mail: sekretariat@pcpr.cieszyn.pl).

W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym można skontaktować się pod numerem telefonu 518-442-215 w godzinach pracy urzędu, tj. od 7.30 – 15.30 lub adresem e-mail: inspektor@pcpr.cieszyn.pl.

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie przetwarza dane osobowe w celu prowadzenia dokumentacji papierowej i elektronicznej, w tym również rejestracji i utrwalania przebiegu wizji/kontroli (m.in. sporządzanie nagrań, fotografii lub filmów) w zakresie wynikającym z przepisów prawa dotyczących realizacji zadań powiatu z zakresu rehabilitacji społecznej wynikających z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych i innych ustaw oraz przepisów szczegółowych dotyczących udzielanej pomocy osobom niepełnosprawnym, w tym finansowanym ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz ich archiwizacji.

W związku z przetwarzaniem danych w celach wskazanych powyżej, dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych. Odbiorcami danych osobowych mogą być tylko podmioty uprawnione do odbioru danych.

dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa, przez okres 10 lat po zakończeniu postępowania, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.

W związku z przetwarzaniem przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie, danych osobowych, przysługują niniejsze prawa:

- dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO z zastrzeżeniem, że udostępniane dane osobowe nie mogą ujawniać informacji niejawnych, ani naruszać tajemnic prawnie chronionych, do których zachowania zobowiązany jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie,
- sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO;
- ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 RODO,
- cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem (dotyczy danych podanych dobrowolnie, tj. nr telefonu, adres e-mail),
- usunięcia danych (dotyczy danych podanych dobrowolnie, tj. nr telefonu, adres e-mail).

W przypadku uznania, iż przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie danych osobowych narusza przepisy RODO, przysługuje prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Podanie przez danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a ich niepodanie skutkuje pozostawieniem wniosku bez rozpatrzenia.

17. Oświadczenia

Upředzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 § 1 kodeksu karnego za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że przedstawione przeze mnie dane we wniosku o dofinansowanie oraz załącznikach są prawdziwe.

Oświadczam, że **MAM / NIE MAM** * zaległości wobec PFRON oraz w ciągu 3 lat przez złożeniem wniosku **BYŁEM/AM / NIE BYŁAM** * stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie. Jednocześnie oświadczam, że **NIE OTRZYMAŁEM/AM / OTRZYMAŁEM/AM** dofinansowania/e ze środków Funduszu na cele w tym samym zakresie.

Oświadczam, że wszelkie zmiany dotyczące wniosku zobowiązuję się zgłaszać niezwłocznie po ich zaistnieniu.

Oświadczam, że stale zamieszkuję w lokalu, w którym zostanie zlikwidowana bariera architektoniczna.

Oświadczam, że zobowiązuję się do udziału w ewaluacji efektów jakie przyniesie likwidacja barier architektonicznych.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z „Zasadami dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zadań z zakresu rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych z terenu Powiatu Cieszyńskiego”

Oświadczam, że nie rozpocząłem/am realizacji przedmiotu dofinansowania przed dniem złożenia wniosku, a w przypadku jej rozpoczęcia przed rozpatrzeniem wniosku zobowiązuję się w terminie 14 dni poinformować o tym fakcie Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie i złożyć pisemną rezygnację z dofinansowania.

.....
Data i podpis Wnioskodawcy lub
jego przedstawiciela prawnego

Osoba niemogąca pisać może złożyć oświadczenie woli w formie pisemnej w ten sposób, że uczyni na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku osoba przez nią upoważniona wypisze jej imię i nazwisko orazłoży swój podpis, albo w ten sposób, że zamiast składającego oświadczenie podpisze się osoba przez niego upoważniona, a jej podpis będzie poświadczony przez notariusza, wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że został złożony na życzenie osoby niemogącej pisać. (art. 79 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks Cywilny (tekst jednolity: Dz. U. 2018 poz. 1025 z późn. zm.))

18. Spis załączników – wypełnia PCPR		
Nazwa załącznika:	ZAŁĄCZONO	UZUPEŁNIONO
Załączniki obowiązkowe		
1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik (oryginał do wglądu).		
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie (wypisane czytelnie i w języku polskim) nie starsze niż 6 miesięcy.		
3. Kopia aktu urodzenia dziecka		
4. Dokument potwierdzający prawo do reprezentowania wnioskodawcy tj. postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego/ pełnomocnictwo		
5. Kopia aktu własności nieruchomości / kopia aktualnego wyciągu z ksiąg wieczystych / wypis z rejestru gruntów/ kopia umowy najmu lokalu/ inne:		
6. Zgoda właściciela / współwłaścicieli nieruchomości.		
7. Szkic budynku / pomieszczenia przeznaczonego do adaptacji.		
8. Kosztorys przedwykonawczy sporządzony przez wykonawcę prac – o ile dotyczy.		
9. Inne		

Adnotacje przyjmującego wniosek:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(data i podpis)

.....

Data

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o dofinansowanie ze środków PFRON
likwidacji barier architektonicznych wydane dla Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Cieszynie

Prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

Imię i nazwisko

.....

Adres zamieszkania

.....

PESEL

1. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta powoduje trudności w poruszaniu się: **tak** **nie**

<input type="checkbox"/>	Osoba leżąca	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Osoba poruszająca się przy pomocy sprzętu ortopedycznego (np. balkonika, kul, protezy)	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Osoba poruszająca się przy pomocy osób trzecich	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Osoba poruszająca się samodzielnie	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja narządu wzroku	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Deficyt rozwojowy	Pieczętka, nr i podpis lekarza

<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja powodująca trudności w poruszaniu się	Pieczętka, nr i podpis lekarza
--------------------------	--	--------------------------------

2. Czy dysfunkcja/dysfunkcje powodujące trudności w poruszaniu się ma/mają charakter

stały czasowy

3. Pacjent wymaga likwidacji barier architektonicznych w swoim najbliższym otoczeniu

tak nie

.....

Pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

Data

ZGODA WŁAŚCICIELA LOKALU/BUDYNKU

Ja niżej podpisany/a

.....

zamieszkały/a/...../-...../...../...../

będąc właścicielem lokalu/budynku mieszkalnego znajdującego się:/...../-...../...../...../

wyrażam zgodę na likwidację barier architektonicznych polegających na przystosowaniu lokalu/budynku mieszkalnego dla potrzeb Pana/Pani:

..... - który/a to stale zamieszkuje pod powyższym adresem.

.....

Podpis właściciela lokalu/budynku mieszkalnego

KLAUZULA INFORMACYJNA DLA WŁAŚCICIELI LOKALI/BUDYNKÓW MIESZKLANYCH

Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Cieszynie (43-400) przy ulicy Bobreckiej 29, reprezentowane przez Dyrektora (nr tel.: 33 47 77 117 adres e-mail: sekretariat@pcpr.cieszyn.pl).

W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym można skontaktować się pod numerem telefonu 518-442-215 w godzinach pracy urzędu, tj. od 7.30 – 15.30 lub adresem e-mail: inspektor@pcpr.cieszyn.pl.

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie przetwarza dane osobowe w celu prowadzenia dokumentacji w zakresie wynikającym z przepisów prawa dotyczących realizacji zadań powiatu z zakresu rehabilitacji społecznej wynikających z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych i innych ustaw oraz przepisów szczegółowych dotyczących udzielanej pomocy osobom niepełnosprawnym, w tym finansowanym ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz ich archiwizacji.

W związku z przetwarzaniem danych w celach wskazanych powyżej, dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych. Odbiorcami danych osobowych mogą być tylko podmioty uprawnione do odbioru danych.

Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa, przez okres 10 lat po zakończeniu postępowania, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.

W związku z przetwarzaniem przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie, danych osobowych, przysługują niniejsze prawa:

- dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO z zastrzeżeniem, że udostępniane dane osobowe nie mogą ujawniać informacji niejawnych, ani naruszać tajemnic prawnie chronionych, do których zachowania zobowiązany jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie,
- sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO;
- ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 RODO,
- cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem (dotyczy danych podanych dobrowolnie, tj. nr telefonu),
- usunięcia danych (dotyczy danych podanych dobrowolnie, tj. nr telefonu, adres e-mail).

W przypadku uznania, iż przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie danych osobowych narusza przepisy RODO, przysługuje prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Podanie przez danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a ich niepodanie skutkuje pozostawieniem wniosku bez rozpatrzenia.

Zweryfikowano na podstawie:

- Aktu własności
- Księgi wieczystej
- Umowy najmu
- Decyzji podatkowej
- Inny dokument

.....
.....

Data

Podpis pracownika