

## WNIOSEK

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych:**

- likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej\*,
- likwidacji barier technicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej\*,
- likwidacji barier w komunikowaniu się w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej\*

### 1. DANE WNIOSKODAWCY/OPIEKUN PRAWNY/PRZEDSTAWIECIEL USTAWOWY

*(proszę wypełnić drukowanymi literami)*

<b>Nazwisko:</b>	<b>Imię:</b>
<b>PESEL:</b>	<b>Data urodzenia:</b>
<b>Adres zamieszkania:</b>	
<b>Nr telefonu:</b>	<b>Nazwa banku i numer rachunku bankowego</b>

### 2. DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO *(wypełnić w przypadku ustanowienia opiekuna prawnego)*

<b>Nazwisko:</b>	<b>Imię:</b>
<b>PESEL:</b>	<b>Data urodzenia:</b>
<b>Adres zamieszkania:</b>	

#### **Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik\*:**

znaczny stopień niepełnosprawności	
umiarkowany stopień niepełnosprawności	
lekki stopień niepełnosprawności	
orzeczenie o niepełnosprawności do 16 roku życia	

**Ważność dokumentu\*:**  stała       okresowa – do .....

#### **Rodzaj niepełnosprawności\*:**

dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się za pomocą kul	
inna dysfunkcja narządu ruchu	
dysfunkcja narządu słuchu	
dysfunkcja narządu wzroku	
Inne dysfunkcje (jakie?)	

\* Wstawić X w odpowiednim miejscu



## 6. KOSZT ZADANIA

Przewidywany koszt ogółem (100%)	.....zł
Deklarowane środki własne (min. 5%)	.....zł
Wnioskowana kwota ze środków PFRON (max. 95%)	.....zł

## 7. DOTYCHCZASOWE KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia
<b><u>Razem</u></b>		-----	-----	

Nie korzystałem/łam z dofinansowań ze środków PFRON

## 8. SYTUACJA MIESZKANIOWA – OPIS BUDYNKU/MIESZKANIA\*

- dom jednorodzinny, wielorodzinny prywatny, wielorodzinny komunalny, wielorodzinny spółdzielczy, inne .....
- budynek parterowy, piętrowy, mieszkanie na .....piętrze
- przybliżony wiek budynku lub rok budowy .....
- opis mieszkania: pokoje ..... (podać liczbę), z kuchnią, bez kuchni, z łazienką, bez łazienki, z wc, bez wc
- łazienka jest wyposażona w: wannę, brodzik, kabinę prysznicową, umywalkę
- w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej, ciepłej, kanalizacja, centralne ogrzewanie, prąd, gaz
- numer księgi wieczystej (dotyczy likwidacji barier architektonicznych).....
- inne informacje o warunkach mieszkaniowych .....

\* podkreślić właściwe

## 9. Oświadczenie wnioskodawcy o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

Ja niżej podpisany ..... zam. ....  
oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

Lp	Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą	Imię	Nazwisko	Data urodzenia	Średni miesięczny dochód za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku <sup>1</sup>
1	<b>Wnioskodawca</b>				
2		Nie należy wpisywać imion i nazwisk osób, z którymi prowadzi się wspólne gospodarstwo domowe. Należy podać tylko ich rok urodzenia, stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą i dochód miesięczny.			
3					
4					
5					
6					
				<b>RAZEM</b>	

W przypadku osób samotnych do oświadczenia należy wpisać tylko Wnioskodawcę.

Niniejszym oświadczam, że mój przeciętny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi: .....zł .....gr. (słownie: .....).

### KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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) (Dz. U. UE. L. 119.1 z 04.05.2016) informuję, iż:

Administratorem danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Zabkowicach Śląskich (57-200) przy ulicy Bolesława Prusa 5. Z administratorem można skontaktować się mailowo: [sekretariat@pcpr-zabkowiceslaskie.pl](mailto:sekretariat@pcpr-zabkowiceslaskie.pl) lub pisemnie na adres siedziby administratora. Dyrektor wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować poprzez e-mail: [iod@zabkowice-powiat.pl](mailto:iod@zabkowice-powiat.pl).

Dane przetwarzane są dla celów związanych z rozpatrzeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych/ technicznych/ barier w komunikowaniu się, na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

Dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych, którymi mogą być podmioty upoważnione na podstawie odpowiednich przepisów prawa. Szczegółowe informacje związane z przetwarzaniem danych osobowych zamieszczone zostały w klauzuli informacyjnej wywieszanej na tablicy ogłoszeń lub na stronie internetowej: [www.pcpr-zabkowiceslaskie.pl/klauzula-informacyjna](http://www.pcpr-zabkowiceslaskie.pl/klauzula-informacyjna).

<sup>1</sup> Jest to średni miesięczny dochód w rozumieniu ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. nr 228 poz. 2255 z późn. zm.) pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składką z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie na rzecz innych osób.

\* podkreślić właściwe

## **OŚWIADCZENIA:**

1. Uprowadzony 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.

2. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych oraz informacji dotyczących zdrowia dla potrzeb rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych/ technicznych / barier w komunikowaniu się\* oraz realizacji obowiązków względem Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ząbkowicach Śląskich.

\* podkreślić właściwe

3. Oświadczam, że nie posiadam zaległości wobec PFRON i nie byłem w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

.....  
*Data i podpis Wnioskodawcy, przedstawiciela  
ustawowego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika*

.....  
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

.....  
data

**ZASWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**  
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię ..... i ..... nazwisko ..... pacjenta

Adres zamieszkania .....

PESEL.....

1. Rozpoznanie ..... choroby ..... zasadniczej:

.....

.....

2. Pacjent posiada trudności w poruszaniu się:

TAK

NIE

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy (zakreślić właściwe):

<input type="checkbox"/>	pacjent porusza się na wózku inwalidzkim	Pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	pacjent jest osobą leżącą	Pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	pacjent porusza się przy pomocy kul łokciowych lub innych podpórek ułatwiających chodzenie	Pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	pacjent ze znacznym niedowładem kończyn dolnych, objawiającym się: .....	Pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	pacjent z brakiem kończyn: .....	Pieczętka i podpis lekarza

<input type="checkbox"/>	pacjent posiada dysfunkcję narządu wzroku	Pieczątką i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	pacjent posiada dysfunkcję narządu słuchu	Pieczątką i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	pacjent posiada dysfunkcję narządu mowy	Pieczątką i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	pacjent posiada inne dysfunkcje: .....	Pieczątką i podpis lekarza

UWAGI: .....

.....

.....

.....  
pieczętka i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie





**Wniosek rozpatrzono:**

pozytywnie na kwotę ..... zł. Pieniądze przekazano: na konto / przekazem pocztowym\* .....

.....  
.....

negatywnie z powodu .....

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

\_\_\_\_\_  
*Data*

\_\_\_\_\_  
*podpis*

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ząbkowicach Śląskich  
ul. B. Prusa 5, 57-200 Ząbkowice Śl.  
Tel. (0-74) 815-60-00,815-68-28

\_\_\_\_\_  
\* zaznaczyć właściwie