

...../BA/2020/98/2020r.

nr kolejny wniosku powiat rok złożenia wniosku

pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

.....
data wpływu wniosku (dzień, miesiąc, rok)

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

A. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY (proszę wypełnić drukowanymi literami)

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

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

nr PESEL nr NIP

miejsowość ulica..... nr domu.....nr lokalu.....

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

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

I.A. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI ¹

1. Znaczny	
• inwalidzi I grupy	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
• osoby w wieku do lat 16 (w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat), którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
2. Umiarkowany	
• inwalidzi II grupy	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy	
• inwalidzi III grupy ze względu na głuchotę lub głuchoniemotę	
3. Lekki	
• pozostali inwalidzi III grupy	
• osoby częściowo niezdolne do pracy	

¹ - wstawić X we właściwej rubryce

*- niepotrzebne skreślić

• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	
--	--

I.B. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI ¹

1. Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	
2. Inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. Dysfunkcja narządu wzroku	
4. Dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
5. Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
Punktacja (uwzględniająca stopień i rodzaj niepełnosprawności, zgodnie z załącznikiem nr 2 do zasad)	

II. SYTUACJA ZAWODOWA ¹

1. Zatrudniony* / prowadzący działalność gospodarczą*	
2. Osoba w wieku od lat 18 do 24; ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca*	
3. Bezrobotny poszukujący pracy*/ rencista poszukujący pracy*	
4. Rencista*/ emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy	
5. Dzieci i młodzież do lat 18	
Punktacja;	

III.A. SYTUACJA MIESZKANIOWA – warunki mieszkaniowe (wypełnia pracownik Centrum) ¹

1. Złe	
2. Przeciętne	
3. Dobre	
4. Bardzo dobre	
Punktacja;	

III.B. SYTUACJA MIESZKANIOWA – opis budynku i mieszkania.

1. Dom jednorodzinny*, wielorodzinny prywatny*, wielorodzinny komunalny*, wielorodzinny spółdzielczy*
2. Inne *
3. Budynek parterowy*, piętrowy*, mieszkanie na(proszę podać kondygnację)
4. Przybliżony wiek budynku lub rok budowy
5. Opis mieszkania : pokoje(podać liczbę), z kuchnią*, bez kuchni*, z łazienką* bez łazienki*, z wc*, bez wc*
6. Łazienka jest wyposażona w : wannę*, brodzik*, kabinę prysznicową*, umywalkę*
7. W mieszkaniu jest : instalacja wody zimnej*, ciepłej*, kanalizacja*, centralne ogrzewanie*, prąd*, gaz*
8. Inne informacje o warunkach mieszkaniowych
-
-
-
-

.....

III.C. SYTUACJA MIESZKANIOWA – zamieszkuje ¹

1. Samotnie	
2. Z rodziną	
3. Z osobami nie spokrewnionymi	
Punktacja ;	

III.C. OSOBY POZOSTAJĄCE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z
WNIOSKODAWCĄ (W TYM OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE)

Imię i nazwisko- pokrewieństwo	Niepełnosprawność		Dochód miesięczny brutto (zł.)
	stopień ²	rodzaj ³	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

Łączna punktacja za stopień i rodzaj niepełnosprawności osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym	
--	--

IV. ŚREDNI DOCHÓD MIESIĘCZNY (BRUTTO) NA OSOBE, W GOSPODARSTWIE
DOMOWYM WNIOSKODAWCY ¹

1. Poniżej 100,00 zł.	
2. 101,00 – 200,00 zł.	
3. 201,00 – 300,00 zł.	
4. 301,00 – 400,00 zł.	
5. 401,00 – 500,00 zł.	
6. 501,00 – 600,00 zł.	
7. 601,00 – 700,00 zł.	
8. 701,00 – 800,00 zł.	
9. Powyżej 800,00 zł.	
Punktacja;	

² - proszę wstawić właściwe oznaczenia cyfrowe z tablicy I.A.

³ - proszę wstawić właściwe oznaczenia cyfrowe z tablicy I.B.

V. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW FINANSOWYCH PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

	(1)	(2)
1. Na likwidację barier urbanistycznych i architektonicznych		
a) nie wykorzystałem		
b) korzystałem (w tym ze środków przyznanych przez PCPR)		
2. Korzystałem, na inne cele ustawowe i rozliczyłem się		
3. Korzystałem, na inne cele ustawowe i jestem w trakcie rozliczania się		
4. Korzystałem i nie rozliczyłem się		
Punktacja;		

VI. DEKLAROWANY UDZIAŁ WŁASNY WNIOSKODAWCY LUB SPONSORA

1. Deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania – ponad obowiązkowe 20% (Dz. U. Nr 96 poz. 861 § 13 ust.7 pkt max. dofinansowanie* do 80% kosztów przedsięwzięcia)	%
---	---

2. Deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania	%
Punktacja;	

VII. DANE INFORMACYJNE O WNIOSKODAWCY ¹

a) wykształcenie	zaznacz właściwie	b) rodzaj źródła utrzymania	zaznacz właściwie
1. Niepełne podstawowe		1. Wynagrodzenie za pracę	
2. Podstawowe		2. Przychody z działalności gosp	
3. Zawodowe		3. Renta stała*/ emerytura*	
4. Średnie ogólnokształcące		4. Renta okresowa	
5. Średnie zawodowe		5. Renta szkoleniowa	
6. Policealne		6. Zasiłek dla bezrobotnych	
7. Wyższe		7. Zasiłek socjalny	
8. Wyższe ze stopniem naukowym		8. Stypendium	
XX		9. Alimony*/ inne*	

VII. CEL LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH (URBANISTYCZNYCH)

.....

IX. WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU
LIDWIDACJI BARIER I ORIENTACYJNY KOSZT (W KOLEJNOŚCI OD
NAJWAŻNIEJSZEGO DLA WNIOSKODAWCY)

.....
.....
.....
ŁĄCZNA KWOTA WNIOSKOWANEGO DOFINANSOWANIA ZŁ.

cyframi :.....

słownie :.....

X. INWESTOR ZASTĘPCZY (INSPEKTOR NADZORU) WYBRANY PRZEZ
WNIOSKODAWCĘ

.....
(nazwa i dokładny adres z numerem kodu)

..... nr telefonu :

**Uprowadzona/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.**

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

*PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY (DLA MAŁOLETNIEGO WNIOSKODAWCY),
OPIEKUN PRAWNY LUB PEŁNOMOCNIK*

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

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

nr PESEL nr NIP

miejsowość ulica..... nr domu.....nr lokalu.....

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

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

ustanowiony opiekunem*/ pełnomocnikiem*
(postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia..... sygn. akt*/ na mocy
pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza..... z
dnia.....repet.nr.....)

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU :

1. Kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. z 2019r. Dz.U. poz. 1172,1495, 1696,1818).
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu.
4. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (własność, umowa najmu).
5. Zaświadczenie*/ oświadczenie* o dochodach Wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą.
6. Zaświadczenie Kierownika Powiatowego Urzędu Pracy o statusie zawodowym, w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.

DO II ETAPU :

1. Szkic mieszkania.
2. Projekt i kosztorys, pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach).
3. Zgoda właściciela budynku (w koniecznych przypadkach).
4. Przyjęte pełnomocnictwo inwestora zastępczego.
5.
6.
7.
8.

B. ADNOTACJE PRZYJMUJĄCEGO WNIOSEK

- I. Suma uzyskanych punktów.

- II. Opinia merytoryczna, dotycząca poprawności rozwiązań technicznych i kosztów likwidacji barier.

ETAP I

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

.....
(data i podpis)

ETAP II

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

.....
(data i podpis)

III. Decyzja o przyznaniu dofinansowania.

.....
.....

.....
(data i podpis)

Imię i nazwisko

Adres:

Miejscowość

Kod pocztowy

Ulica

Nr

Województwo/Gmina

Oświadczenie

Oświadczam, że na dochód – w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych, pomniejszonych o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowych i chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych w naszej rodzinie prowadzącej wspólne gospodarstwo domowe składają się:

Lp.	Źródło dochodu:	Wysokość:
1.	Wynagrodzenie z tytułu pracy (w tym z umowy zlecenie, o dzieło itp.)	
	- wnioskodawcy	
	- współmałżonka	
	- innych	
2.	Emerytura, renta	
3.	Zasiłki:	
	- rodzinne	
	- pielęgnacyjne	
	- inne	
4.	Alimenty:	
	- alimenty otrzymywane	
	- alimenty płatne na zewnątrz	
5.	Dochody z działalności gospodarczej	
6.	Dochody z gospodarstwa rolnego	
7.	Dochody uzyskiwane z majątku (np. dzierżawa, wynajem i inne)	
8.	Inne	

Pouczony o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233KK potwierdzam prawdziwość złożonego oświadczenia

.....
(nazwisko, imię, stanowisko pracownika
przyjmującego oświadczenie oraz jego podpis)

.....
(podpis osoby składającej oświadczenie)

Art. 233 Kodeksu Karnego

§1 Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat pięciu.

§11 Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie działając w zakresie swych uprawnień uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

.....
Imię i Nazwisko

.....
Adres

Do administratora danych

Oświadczenie

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie wszelkich danych uzyskanych przez administratora danych osobowych dotyczących mojej osoby, w tym również danych dotyczących informacji opisanych w art., 27 ust. 1 Ustawy o Ochronie Danych Osobowych z dnia 10 maja 2018 roku (t. j. Dz.U. z 2019r. poz. 1781.) w związku z ubieganiem się o świadczenia ze środków PFRON.

.....
(za zgodność podpis)

.....
(podpis)

Imię i nazwisko

data

.....

pesel

.....

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku o dofinansowanie w procesie realizacji przedmiotowego zadania.

1. Przyjmuję do wiadomości, iż moje dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji wniosku na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 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 dyrektyw 95-46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str.1) oraz ustaw wynikających z realizacji zadań PCPR.
2. Moje dane osobowe mogą być przekazywane innym organom i podmiotom wyłącznie na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane przez okres wynikający z instrukcji kancelaryjnej.

Podpis wnioskodawcy / pełnomocnika

.....

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r., informuję, że:

1. Administratorem danych osobowych jest:

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

Al. Piłsudskiego 133 d, lok. 214

92-318 Łódź

2. Inspektorem Danych Osobowych jest:

Beata Grzesiak – Młynarczyk

42 676 34 87

beata.grzesiak@lodzkiwschodni.pl

3. Osoba, która powierzyła swoje dane osobowe PCPR posiada prawo do: dostępu treści swoich danych i ich poprawiania, sprostowania, usunięcia, ograniczenia, przetwarzania, przenoszenia danych, cofnięcia zgody na przetwarzanie.
4. Osoba, której PCPR powierza dane osobowe ma prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy przetwarzanie danych osobowych naruszyłoby przepis ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
5. Podanie danych osobowych jest obowiązkiem osoby ubiegającej się o pomoc w PCPR, konsekwencją nie podania danych będzie brak możliwości rozpatrzenia i udzielenia ewentualnej przysługującej pomocy.