…… …….
Nr sprawy Data wpływu wniosku

Pieczęć i podpis pracownika ……

W N I O S E K

o udzielenie dofinansowania ze środków PFRON na likwidację barier architektonicznych dla osób niepełnosprawnych

(proszę wypełnić czytelnie drukowanymi literami)

1. DANE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSEK:

Imię i nazwisko: …….

Data urodzenia: _____- _____-_____

PESEL: …….

ADRES ZAMIESZKANIA:

Ulica/nr domu/mieszkania: …….
Kod …….-…… Miejscowość……..
Telefon……. e-mail…….

2. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/ OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA

(wypełnić jeśli dotyczy)

Imię i nazwisko:……..
PESEL:……
Dowód osobisty: seria …….. nr…….. wydany w dniu ……przez……

ADRES ZAMIESZKANIA:

Ulica/nr domu/mieszkania …….
Kod …….-…… Miejscowość……..
Telefon……. e-mail…….

3. STOPIŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI: ……

ORGAN WYDAJĄCY DECYZJĘ O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI: ……
…….……

4. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (zaznacz właściwe)

Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
Inna dysfunkcja narządów ruchu (jaka?) …….……	
Dysfunkcja narządu wzroku	
Dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
Deficyt rozwojowy(upośledzenie umysłowe)	
Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
Inna niepełnosprawność (jaka?) ……	

5. SYTUACJA ZAWODOWA (zaznacz właściwe)

Zatrudniony*/ prowadzący działalność gospodarczą*	
Osoba w wieku od lat 18 do 26 ucząca się lub studiująca	
Bezrobotny poszukujący pracy*/ rencista poszukujący pracy*	
Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy	
Dzieci, młodzież do lat 18	

6. SYTUACJA MIESZKANIOWA – opis miejsca likwidacji barier architektonicznych:

Adres miejsca likwidacji barier architektonicznych ……

Rodzaj mieszkania (zaznacz właściwe)

dom jednorodzinny	
wielorodzinny prywatny	
wielorodzinny komunalny	
wielorodzinny spółdzielczy	

Opis mieszkania: (zaznacz właściwe)

Liczba pokoi		
Metraż		
Piętro		
Winda	TAK	NIE
Kuchnia	TAK	NIE
Łazienka	TAK	NIE

Wyposażenie mieszkania: (zaznacz właściwe)

woda ciepła woda zimna WC centralne ogrzewanie gaz piec

Łazienka posiada: wannę brodzik kabinę prysznicową umywalkę WC

inne informacje o warunkach mieszkaniowych…….

..……

……

……

7. OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA ZAMIESZKUJE (zaznacz właściwe):

samotnie	
z rodziną	
z osobami nie spokrewnionymi	

8. INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON (zaznacz właściwe)

Czy osoba niepełnosprawna korzystała ze środków PFRON			TAK:	NIE:
Nr i data zawarcia umowy	Kwota	Cel umowy	Data przyznanego dofinansowania	Stan rozliczenia

9. INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA:

- Cel likwidacji barier architektonicznych:

……..……..……
……
……
……
……

- Przedmiot dofinansowania – szczegółowy wykaz materiałów związanych z likwidacją barier architektonicznych i ich przewidywany koszt:

L.p.	**Przedmiot dofinansowania**	**Kwota**
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
	RAZEM:	

- Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:

…….

- Nakłady dotychczas poniesione na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc złożenia wniosku, wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania:

……
……
……

- Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania:

…….

- Wysokość wnioskowanego dofinansowania w zł.:

…….

…….

10. INFORMACJA O POSIADANYM RACHUNKU BANKOWYM:

- Posiadam/ nie posiadam rachunek bankowy.
- Nazwa banku …….
- Numer rachunku bankowego:

11. OŚWIADCZEBIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Oświadczam że, przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielny przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosi: ……... zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: ……

12. DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ:

- kopię orzeczenia lub kopię wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt. 1a lub art. 62 ustawy, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r.,
- aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności i uzasadniające potrzebę likwidacji barier (wystawione czytelnie, w języku polskim zgodnie z załącznikiem do wniosku),
- udokumentowaną podstawę prawną zamieszkiwania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych,
- zgodę właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego, w którym stale zamieszkują (dotyczy osób nie będących właścicielami lub użytkownikami wieczystymi nieruchomości) na wykonanie wnioskowanych prac,
- oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym,
- w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej – kserokopię zaświadczenia lub wyroku Sadu o ustanowieniu opiekuna prawnego,
- w przypadku reprezentowania osoby niepełnosprawnej przez pełnomocnika – kserokopię pełnomocnictwa poświadczonego przez notariusza.

OŚWIADCZAM, ŻE:

- nie mam zaległości wobec PFRON oraz że nie byłam/em w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,

- posiadam środki finansowe w wysokości wystarczającej na pokrycie udziału własnego w realizacji zadania,

……

Data i podpis wnioskodawcy (osoby niepełnosprawnej lub jej pełnomocnika*, przedstawiciela ustawowego*, opiekuna prawnego*)*

*niepotrzebne skreślić

Klauzula informacyjna przy pobieraniu danych bezpośrednio od osoby (RODO)

(*właściwe zaznaczyć przez zakreślenie pola* □)

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenie 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 (Dz. Urz. UE L 119/1, 4/5/2016) informuję, iż:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Sejnach** przy **ul. Piłsudskiego 34** tel.: **87 517 34 15**, adres e-mail: **pcpr@powiat.sejny.pl**
2. administrator wyznaczył inspektora ochrony danych osobowych – kontakt: pisemnie na adres siedziby Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Sejnach lub e-mail: pcpr@powiat.sejny.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie ustawy z dnia z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych w celu realizacji wniosków dotyczących:

   □ uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych,

   □ sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych

   □ zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

   □ zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane osobom niepełnosprawnym na podstawie odrębnych przepisów

   □ likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych, w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

   □ usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika

   □ realizacji pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

4. przekazywane dane osobowe nie będą udostępniane podmiotom zewnętrznym, z wyjątkiem PFRON oraz w innych sytuacjach przewidzianych przez prawo i niezbędnych do realizacji zadania;
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany w przepisach dotyczących archiwizacji;
7. posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia po okresie archiwizacji, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania *(jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody)*, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
8. ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
9. podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest warunkiem rozpatrzenia złożonego wniosku. Jest Pani/Pan zobowiązana/y do ich podania, w przypadku niepodania danych nie będzie możliwe rozpatrzenie złożonego wniosku.

…… ……

Data **czytelny podpis Wnioskodawcy, przedstawiciela Ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika**