

...../.....  
numer kolejny wniosku

.....  
data wpływu wniosku

**W N I O S E K**  
**o dofinansowanie ze środków**  
**Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

**likwidacji barier architektonicznych  / technicznych**   
**w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej**

**A. Dane dotyczące Wnioskodawcy (wpisać dane osoby niepełnosprawnej)**

Imię i nazwisko.....syn/córka.....

Dowód osobisty: seria.....nr.....wydany w dniu.....przez.....

Nr PESEL.....Nr telefonu.....

Adres zamieszkania: Nr kodu.....Gmina.....

Miejscowość.....ulica.....nr domu.....nr lokalu.....

Nazwa banku i numer rachunku bankowego ( w przypadku posiadania ).....

**I. Stopień niepełnosprawności \***

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 16 lat	
2.	Umiarkowany	
	Inwalidzi II grupy	
	Osoby całkowicie niezdolne do pracy, częściowo niezdolne do pracy- orz.wyd.od 1.01.98 r – 16.08.98 r	
	Inwalidzi III grupy ze względu na głuchotę lub głuchoniemotę	
3.	Lekki	
	Pozostali inwalidzi III grupy	
	Osoby częściowo niezdolne do pracy	
	Osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

**II. Rodzaj niepełnosprawności \***

1.	Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim, wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk, nogi lub nóg	
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	

\* - wstawić X we właściwej rubryce





## IX. Przewidywany koszt realizacji zadania

Wykaz planowanych przedsięwzięć ( inwestycji, zakupów ) w celu likwidacji barier i orientacyjny koszt ( w kolejności od najważniejszego dla Wnioskodawcy )

Lp.	zadanie	Orientacyjny koszt
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
Łącznie koszt zadania ( stanowi 100 % wartości )		
<b>Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON</b> <b>- do 95% kosztów zadania</b>		

## X. Deklarowany udział własny i informacja o innych źródłach dofinansowania ( w przypadku innych źródeł finansowania należy udokumentować ).

1.	Deklarowany przez wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania - min 5 % - ponad 5 %	
2.	Deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania	

## **XI. Oświadczenia**

Oświadczenie składam świadomy odpowiedzialności karnej za podanie danych niezgodnych z prawdą.

Oświadczam, że posiadam środki finansowe jako udział własny w wysokości minimum 5% wartości wnioskowanego zadania.

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

.....  
Podpis wnioskodawcy\*, przedstawiciela ustawowego\*,

Opiekuna prawnego\*, pełnomocnika\*

\* - **podkreślić odpowiednio**

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny, lub pełnomocnik

Imię i nazwisko.....

Dowód osobisty: seria.....nr.....wydany w dniu.....przez.....

Nr PESEL..... Nr telefonu.....

Adres zamieszkania: Nr kodu.....Gmina.....

Miejscowość.....ulica.....nr domu.....nr lokalu.....

Nazwa banku i numer rachunku bankowego.....

### **Załączniki do wniosku:**

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności wnioskodawcy,
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności,  
Druk - Załącznik do wniosku.
3. Udokumentowanie zamieszkania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych, technicznych (akt własności lub użytkowania wieczystego nieruchomości, umowa najmu lokalu, zgoda właściciela budynku lub lokalu, w którym stale zamieszkuje osoba niepełnosprawna, na likwidację barier).
4. Oferty cenowe, prospekty urządzeń i sprzętu technicznego.
5. Zaświadczenie o zameldowaniu.
6. Inne dokumenty uzupełniające, wymagane w trakcie rozpatrywania wniosku.

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Wydane dla potrzeb PFRON

w celu dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych  / technicznych

Imię i nazwisko pacjenta.....

Data urodzenia.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia niepełnosprawności lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące.....

4. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualnie potrzeby w tym zakresie.....

5. Pacjent nie porusza się /porusza się na wózku inwalidzkim o napędzie .....

6. Niepełnosprawność pacjenta dotyczy (zakreślić właściwe);

- narząd ruchu, w zakresie.....
- brak obu kończyn górnych
- znaczny niedowład obu kończyn górnych
- jednoczesnej dysfunkcji kończyny dolnej i górnej
- jednoczesnej dysfunkcji co najmniej jednej kończyny górnej i kończyn dolnych
- jednoczesnej dysfunkcji kończyn górnych i dolnych
- inne schorzenie

7. Uzasadnienie indywidualnej potrzeby likwidacji barier architektonicznych  /technicznych   
(podać nazwę) cel i zasadność jakiemu ma służyć wnioskowane zadanie, rodzaj.....

.....  
**pieczętka i podpis lekarza**

Zgodnie z § 6 pkt 1, pkt 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015 r. poz. 926) – o dofinansowanie do likwidacji barier:

- architektonicznych ze środków Funduszu mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, które mają trudności w poruszaniu się, jeżeli są właścicielami nieruchomości lub użytkownikami wieczystymi nieruchomości albo posiadają zgodę właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego, w którym stale zamieszkuje,

- technicznych ze środków Funduszu mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, jeżeli jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności.

## KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art.13 ust. 1, 2 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 z 2016 r. Nr 119, s.1) - dalej RODO, informujemy, że:

1. **Administratorem Pani/Pana danych osobowych** jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Opolu przy ul. Książąt Opolskich 27 w 45 – 005 Opole tel. 77 4420504 Fax 774410505; e-mail: [pcpropole@wp.pl](mailto:pcpropole@wp.pl), zwany dalej Administratorem.
2. **Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony danych Osobowych**, z którym można skontaktować się w sprawach związanych z ochroną swoich danych osobowych:  
- adres poczty elektronicznej: e-mail: [krzysztofalex@o2.pl](mailto:krzysztofalex@o2.pl) lub pisemnie na adres naszej siedziby.
3. **Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu** realizacji przez Administratora zadań publicznych, wynikających wprost z przepisu prawa, w tym przepisów szczegółowych określających zadania statutowe - **na podstawie art. 6 ust 1 e** ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. – RODO.
4. **Odbiorcą Pani/Pana danych będą:**  
- organy uprawnione do dostępu do danych osobowych na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa.
5. **Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.**
6. **Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane** przez okres niezbędny do realizacji celu dla którego zostały zebrane i przetwarzane. Mogą być usunięte po upływie okresu określonego dla danej kategorii dokumentacji okresu przechowywania, w zależności od kategorii archiwalnej danej sprawy, zgodnie z przepisami określonymi w ustawie z dnia 14 lipca 1983r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2018 r., poz. 217) oraz w Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz.U. z 2011 r. Nr 14 poz.67).
7. **W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu** prawo dostępu do danych osobowych oraz prawo do sprostowania usunięcia (prawo do bycia zapomnianym), ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych do innego administratora, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych.  
W przypadku przetwarzania Pani/Pana danych na podstawie zgody, ma Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody w dowolnym momencie nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
8. **Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi** do organu nadzorczego Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
9. **Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne**, lecz niezbędne w celu realizacji zadań wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa.  
W przypadku nie podania przez Panią/Pana swoich danych osobowych, nie będziemy mogli zrealizować celu zadania ustawowego, co może skutkować konsekwencjami przewidzianymi przepisami prawa.
10. **Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.**

.....  
(podpis osoby reprezentującej Administratora  
Danych Osobowych)

**Zapoznałam/em się:**

.....  
(data, podpis osoby, której dane dotyczą)