

.....  
numer sprawy

.....  
data wpływu wniosku do PCPR

## WNIOSEK

### o dofinansowanie ze środków PFRON na likwidację barier technicznych

*Uwaga: przed wypełnieniem wniosku należy zapoznać się z zasadami i procedurami dofinansowania likwidacji barier technicznych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych*

#### A. Dane osoby niepełnosprawnej

##### I. Dane osobowe

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania (z kodem pocztowym) .....

.....

PESEL .....

Dowód osobisty: seria ..... numer..... data wydania.....

wydany przez .....

numer telefonu.....

##### II. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik (należy wstawić X we właściwej rubryce)

1	znaczny	
	inwalida I grupy	
	osoba całkowicie niezdolna do pracy i niezdolna do samodzielnej egzystencji	
2	umiarkowany	
	inwalida II grupy	
3	lekki	
	inwalida III grupy	
	osoba częściowo niezdolna do pracy	
4	osoba stale albo długotrwale niezdolna do pracy w gospodarstwie rolnym, której przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
	osoba niepełnosprawna poniżej 16 roku życia	

##### III. Rodzaj niepełnosprawności (należy wstawić X we właściwej rubryce)

dysfunkcja narządu ruchu	
dysfunkcja narządu wzroku	
dysfunkcja narządów słuchu / mowy / głosu	
schorzenie neurologiczne / epilepsja	
schorzenie układu oddechowego / krążenia / pokarmowego / moczowo - pęciowego	
choroba psychiczna / upośledzenie umysłowe	
inny, jaki?	

**IV. Sytuacja społeczno - zawodowa (należy wstawić X we właściwej rubryce)**

zatrudniony / prowadzący działalność gospodarczą	
rencista / emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy	
bezrobotny poszukujący pracy (niepotrzebne skreślić)	
osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się lub studiująca (niepotrzebne skreślić)	
dzieci i młodzież do lat 18, uczące się (niepotrzebne skreślić)	

**V. Informacja o wcześniejszym korzystaniu ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

Cel dofinansowania (nazwa zadania lub programu oraz przedmiot dofinansowania)	Nr umowy	Data przyznania dofinansowania	Przyznana kwota	Stan rozliczenia

**B. Dane przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika osoby niepełnosprawnej**

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania ( z kodem pocztowym).....

.....

PESEL.....

Dowód osobisty: seria ..... numer..... data wydania.....

wydany przez .....

numer telefonu/faxu ..... ustanowiony opiekunem / pełnomocnikiem:

- postanowieniem Sądu z dnia .....sygn. akt .....

- na mocy pełnomocnictwa z dnia..... repertorium nr. ....

**C. Przedmiot dofinansowania****I. Przedmiot dofinansowania.....**

.....

.....

**II. Cel dofinansowania .....**

.....

.....

**III. Miejsce realizacji zadania .....**

IV. Termin rozpoczęcia realizacji zadania .....

Przewidywany czas realizacji zadania .....

V. Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych na realizację zadania (do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc składania wniosku) oraz dotychczasowe źródła finansowania

.....  
.....

VI. Informacja o innych źródłach finansowania zadania .....

.....

VII. Przewidywany koszt realizacji zadania.....

VIII. Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON .....zł

słownie: .....zł.

co stanowi .....% ceny brutto.

**UWAGI: Wysokość dofinansowania likwidacji barier technicznych ze środków PFRON wynosi do 95% kosztów przedsięwzięcia, nie więcej jednak niż do wysokości piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.**

**D. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą niepełnosprawną**

Ja niżej podpisany(a).....zamieszkały(a)

.....

oświadczam, że we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

Imię	Nazwisko	Wiek	Pokrewieństwo z osobą niepełnosprawną	Średni dochód miesięczny <sup>1</sup>
			osoba niepełnosprawna	
<b>RAZEM</b>				

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc składania wniosku, wynosi<sup>2</sup>:..... zł  
słownie: .....

<sup>1</sup> Jest to średni miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku

<sup>2</sup> Sumę dochodów ustaloną w tabeli należy podzielić przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

## E. Oświadczenia

### I. Posiadam / nie posiadam konta bankowego

nazwa banku..... nr rachunku bankowego:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**II.** Oświadczam, że mam zaległości / nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

**III.** Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku byłem(am) / nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

**IV.** Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

### V. KLAUZULA INFORMACYJNA OBOWIĄZUJĄCA W POWIATOWYM CENTRUM POMOCY RODZINIE W STRZYŻOWIE

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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 z 4.5.2016r.), informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Strzyżowie, mające swoją siedzibę przy ul. Parkowa 7, 38-100 Strzyżów (nr telefonu kontaktowego: (17) 22-11-440, fax. (17) 27-61-040, adres poczty elektronicznej email: pcp@strzyzow.un.pl, Inspektor Ochrony Danych - iod@pcprstrzyzow.pl);
2. Pozyskane dane osobowe przetwarzane będą na podstawie przepisów prawa wynikającego z art. 6 ust.1 lit c RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO – (tj. rozpatrywania wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier technicznych - na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz przepisów wykonawczych do ww. ustawy);
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (tj. realizacji zadań wynikających z zakresu działalności instytucji);
4. Podanie danych osobowych do spełnienia w/w celu jest wymagane, ponieważ wynika z przepisów prawa, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości wszczęcia postępowania administracyjnego i realizacji ustawowych zadań ciążących na administratorze;
5. Pani/Pana dane będą przechowywane nie dłużej niż jest to konieczne, wynikające z przepisów prawa zawartych w Jednolitym Rzecowym Wykazie Akt obowiązującym w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Strzyżowie, przez okres wymagany w związku z kategorią archiwalną. Ponadto okres przechowywania może się wydłużyć np. z uwagi na sytuację dochodzenia roszczeń;
6. Administrator może przekazać Pani/Pana dane innym odbiorcom. Odbiorcą danych mogą być podmioty uzyskujące dostęp do Pani/Pana danych na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa;
7. Administrator nie przekazuje Pani/Pana danych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych w rozumieniu RODO;
8. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, przenoszenia

i usunięcia, a także prawo do ograniczenia przetwarzania danych lub do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, jeżeli nie jest to ograniczone poprzez inne przepisy prawne;

9. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (tj. *Prezes 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.;
10. W oparciu o Pani/Pana dane osobowe Administrator nie będzie podejmował wobec Pani/Pana zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

**Podanie przez Panią/Pana swoich danych osobowych jest dobrowolne, jednakże w przypadku nieudzielenia zgody na ich przetwarzanie nie będzie mogła/mógł Pani/Pan realizować swoich praw wynikających z trybu postępowania przy rozpatrywaniu wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier technicznych.**

**Oświadczam, że zrozumiałam/em wszystkie informacje wyżej podane i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w treści niniejszego wniosku oraz w zakresie niezbędnych potrzeb wynikających z trybu postępowania przy rozpatrywaniu wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON na likwidację barier technicznych.**

.....  
(miejscowość, data)

.....  
podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/  
opiekuna prawnego/pełnomocnika

#### **Załączniki do wniosku:**

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub równoważnego) lub w przypadku dziecka orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu).
2. Kopie orzeczeń o stopniu niepełnosprawności (lub równoważnych) lub o niepełnosprawności osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób (oryginał do wglądu).
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie na załączonym druku – ważne 30 dni od dnia wystawienia, czytelne, w języku polskim.
4. Dowód osobisty Wnioskodawcy / przedstawiciela ustawowego osoby niepełnoletniej / opiekuna prawnego / pełnomocnika - do wglądu.
5. Kopia postanowienia sądu lub kopia zaświadczenia o ustanowieniu opiekunem prawnym osoby ubezwłasnowolnionej (oryginał do wglądu).
6. Kopia pełnomocnictwa w przypadku wyznaczenia pełnomocnika (oryginał do wglądu).
7. Dokumenty potwierdzające dofinansowanie zadania z innych źródeł.
8. Faktura proforma lub oferta cenowa określająca cenę brutto sprzętu lub usługi.

Do wniosku mogą zostać dołączone również dokumenty wyżej niewymienione, a mogące, w ocenie Wnioskodawcy, mieć wpływ na rozpatrzenie wniosku

## OCENA I SPOSÓB ROZPATRZENIA WNIOSKU – WYPEŁNIA PCPR

### OCENA WNIOSKU

---

1. Złożono kompletny wniosek: TAK / NIE -  
braki we wniosku oraz załącznikach.....  
.....  
.....  
data uzupełnienia wniosku.....  
Wniosek został uzupełniony w terminie: TAK / NIE
  
2. Wnioskodawca korzystał w ubiegłych latach z dofinansowania likwidacji barier technicznych:  
NIE / TAK -  
przedmiot dofinansowania.....  
.....  
data wypłaty dofinansowania.....
  
3. Wnioskodawca ma zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych:  
NIE / TAK -  
(wymienić).....  
.....
  
4. Wnioskodawca był, w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy  
o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie  
Wnioskodawcy: NIE / TAK -  
(numer umowy, data zawarcia i strona umowy) .....  
.....  
.....
  
5. Wniosek spełnia wymogi formalne: TAK / NIE -  
(wymienić).....

.....  
data i podpis pracownika PCPR

### SPOSÓB ROZPATRZENIA WNIOSKU

---

Data rozpatrzenia wniosku .....

Sposób rozpatrzenia wniosku.....

Wysokość przyznanego dofinansowania.....

Zakres objęty dofinansowaniem.....

.....

.....

.....

.....

Uzasadnienie.....

.....

.....

.....

.....  
data i podpis dyrektora PCPR

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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**  
do wniosku o dofinansowanie na likwidację barier technicznych  
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Numer PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:**

<p>Dysfunkcja narządu ruchu:</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> osoba porusza się na wózku inwalidzkim</li><li><input type="checkbox"/> osoba porusza się z chodzikiem</li><li><input type="checkbox"/> osoba porusza się o kulach</li><li><input type="checkbox"/> osoba porusza się o lasce</li><li><input type="checkbox"/> osoba porusza się za pomocą protezy</li><li><input type="checkbox"/> osoba długotrwale leżąca</li><li><input type="checkbox"/> brak lub niedowład kończyn górnych</li><li><input type="checkbox"/> inna.....</li><li>.....</li></ul>	
<p>Dysfunkcja narządu wzroku:</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> osoba całkowicie niewidoma</li><li><input type="checkbox"/> osoba niedowidząca</li></ul>	pieczętka i podpis lekarza
<p>Dysfunkcja narządu słuchu:</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> osoba głucha</li><li><input type="checkbox"/> osoba niedosłysząca</li></ul>	pieczętka i podpis lekarza
<p><input type="checkbox"/> Dysfunkcja narządu mowy:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	pieczętka i podpis lekarza
<p><input type="checkbox"/> Inna dysfunkcja:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	pieczętka i podpis lekarza

**Rozpoznanie choroby zasadniczej:**

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

**Schorzenia współistniejące:**

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

**Uzasadnienie celowości likwidacji barier w technicznych w aspekcie indywidualnych potrzeb wynikających z niepełnosprawności:**

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

.....  
miejsowość i data

.....  
pieczętka i podpis lekarza



## INFORMACJE

O dofinansowanie na likwidację barier technicznych ze środków PFRON osoby niepełnosprawne mogą ubiegać się, jeżeli:

- jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności
- realizacja zadania umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem

Dofinansowanie ze środków PFRON służy likwidacji istniejących barier technicznych. Przez **bariery techniczne** rozumie się przeszkody wynikające z braku zastosowania odpowiedniego do rodzaju niepełnosprawności przedmiotu lub urządzenia.

Likwidacja barier technicznych ma na celu spowodowanie sprawniejszego działania osoby niepełnosprawnej (nie opiekunowi tej osoby) w społeczeństwie oraz umożliwienie jej wydajniejszego funkcjonowania w życiu codziennym. Dofinansowanie zakupu takiego sprzętu musi być ściśle związane z indywidualnymi potrzebami osoby niepełnosprawnej, wynikającymi z rodzaju niepełnosprawności.

Zgodnie z wyjaśnieniami Biura Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych zakup sprzętu AGD nie wchodzi w zakres pojęcia barier funkcjonalnych, ponieważ są to przedmioty przydatne w każdym gospodarstwie domowym, bez względu na to, czy służą osobom sprawnym, czy niepełnosprawnym.

**Wnioskowany sprzęt powinien być funkcjonalnie przystosowany do obsługi przez osobę o określonych dysfunkcjach.**