Nr wniosku ...../.....

Data wpływu do PCPR w Pabianicach .....

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się, technicznych dla indywidualnych osób niepełnosprawnych

A Dane dotyczące Wnioskodawcy (proszę wypełnić drukowanymi literami).

imię i nazwisko .....

nr PESEL .....

miejscowość ..... ulica ..... nr domu ..... nr lokalu .....

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

województwo ..... nr telefonu/faxu (z nr kier.)* .....

B Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego wnioskodawcy), opiekun prawny

imię i nazwisko .....

nr PESEL .....

miejscowość ..... ulica ..... nr domu ..... nr lokalu ....

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

województwo ..... nr telefonu/faxu(z nr kier.)* .....

opiekun**/pełnomocnik** ..... (postanowieniem sądu Rejonowego z dnia ..... sygn. akt**/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza ..... z dnia ..... repet. nr .....)

C Miejsce realizacji zadania (miejsce zamieszkania osoby niepełnosprawnej, łazienka, pokój, korytarz, itp. W przypadku likwidacji barier architektonicznych prosimy opisać dokładny stan lokalu, w którym planowane jest Zadanie):

.....

.....

.....

.....

.....

D Cel dofinansowania do likwidacji barier (proszę opisać wpływ likwidacji barier na wykonywanie podstawowych, codziennych czynności życiowych, lub kontaktów z otoczeniem)

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

E Wykaz planowanych przedsięwzięć, inwestycji/zakup urządzeń mających na celu likwidację barier:

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

F Przewidywany koszt realizacji zadania:

Cyframi .....

Słownie: .....

(w przypadku łamania barier architektonicznych należy wpisać szacunkowy koszt realizacji zadania)

G Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania z PFRON w zł

Cyframi .....

Słownie: .....

H Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

.....

I Dotychczas ogólna wartość poniesionych nakładów przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania:

.....
.....

J Udokumentowany, deklarowany przez sponsora/informacja o innych źródłach finansowania, koszt pokrycia realizacji zadania:

Cyframi .....

Słownie: .....

K Informacje o korzystaniu ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych:

Cel na który zostało przyznane dofinansowanie	Nr umowy	Data przyznania dofinansowania	Stan rozliczenia

Uprzedzona(-y) o odpowiedzialności wynikającej z art.297 § 1,2,3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku — 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 wciągu **14 dni.**

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

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

1) **Kopia orzeczenia**, o zakwalifikowaniu do jednego z trzech stopni niepełnosprawności lub równoważne, w przypadku dzieci orzeczenie o niepełnosprawności,
2) **Kopia orzeczeń** o niepełnosprawności **osób zamieszkujących wspólnie** z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób,
3) **Aktualne zaświadczenie lekarskie** wystawione przez lekarza specjalistę (druk w załączeniu),
4) **Oświadczenie o dochodach** (druk w załączeniu),
5) **Oświadczenie o niekorzystaniu ze środków PFRON** na likwidację barier (druk w załączeniu),
6) **Udokumentowana podstawa prawna nieruchomości,** w której ma nastąpić likwidacja barier (potwierdzenie własności, umowa najmu lokalu, pisemna zgoda właścicieli nieruchomości: spółdzielni mieszkaniowej/ROMU itp.)
7) **Oferta kosztorysowa** (dotyczy likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych),
8) W przypadku łamania barier architektonicznych **po pozytywnej decyzji Zespołu** ds. rozpatrywania wniosków należy dostarczyć **kosztorys przedwykonawczy planowanych robót, sporządzony w dowolnym programie kosztorysowym, zgodny z Katalogiem Nakładów Rzeczowych.** Inne dokumenty wymagane w zależności od indywidualnej sytuacji Wnioskodawcy i rodzaju likwidowanych barier.

Adnotacje osoby przyjmującej wniosek:

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

....

data podpis osoby przyjmującej wniosek

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych **nie uzyskałem(-am) — (uzyskałem(-am)*** dofinansowania na ten cel ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

W przypadku osób korzystających z dofinansowania z zakresu likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych proszę podać:

Cel dofinansowania .....

.....

Numer umowy i datę przyznania dofinansowania .....

.....

Stan rozliczenia z dofinansowania:

Rozliczyłam(-em) się z dofinansowania* — Nie rozliczyłem się z dofinansowania*

....

Data Podpis

* niewłaściwe skreślić

OŚWIADCZENIE

wnioskodawcy oraz osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

Dla: Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Pabianicach w celu dofinansowania ze środków PFRON dofinansowania likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się, technicznych

Ja niżej podpisany(-a) .....
(Imię i nazwisko)

zamieszkały(-a) w ..... ulica: .....

nr domu ....., nr mieszkania ..... oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

Lp.	**Imię i nazwisko**	**Stopień pokrewieństwa**	**Źródło dochodu (lub brak dochodu)**	**Przeciętny miesięczny dochód obliczony za rok poprzedzający rok złożenia wniosku *)**
Dane dotyczące wnioskodawcy				
1.				
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego**)				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
			RAZEM	

W przypadku osób samotnych do oświadczenia należy wpisać tylko wnioskodawcę.

Średni miesięczny dochód na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego

Wynosi .....

.....

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....
Data Podpis wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego

Objaśnienia do wniosku na likwidacje barier

* Informacja o dobrowolności. Wpisanie numeru telefonu jest dobrowolne.

** przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych, pomniejszony o obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego, oraz kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, obliczony za rok podatkowy 2020 r.

*** członkiem rodziny pozostającym we wspólnym gospodarstwie domowym jest uprawniony, jego małżonek, dzieci, rodzice (opiekunowie) wnioskodawcy, rodzeństwo wnioskodawcy — do ukończenia 18 roku życia, a w przypadku pobierania nauki, do ukończenia lat 25, niepełnosprawne rodzeństwo wnioskodawcy — bez względu na wiek. Aby pozostawali oni we wspólnym gospodarstwie domowym, wymagane jest, by wspólnie się utrzymywali.

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pabianicach informuje, że w przypadku podania informacji niezgodnych ze stanem rzeczywistym wniosek pozostawiony będzie **bez rozpatrzenia.**

Art. 297 § 1 K.K. Kto, w celu uzyskania dla siebie lub kogo innego, od banku lub jednostki organizacyjnej prowadzącej podobną działalność gospodarczą na podstawie ustawy albo od organu lub instytucji dysponujących środkami publicznymi – kredytu, pożyczki pieniężnej, poręczenia, gwarancji, akredytywy, dotacji, subwencji, potwierdzenia przez bank zobowiązania wynikającego z poręczenia lub z gwarancji lub podobnego świadczenia pieniężnego na określony cel gospodarczy, elektronicznego instrumentu płatniczego lub zamówienia publicznego, oświadczenie dotyczące okoliczności o istotnym znaczeniu dla uzyskania wymienionego wsparcia finansowego, instrumentu płatniczego lub zamówienia, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 2. Tej samej karze podlega, kto wbrew ciążącemu obowiązkowi, nie powiadamia właściwego podmiotu o powstaniu sytuacji mogącej mieć wpływ na wstrzymanie albo ograniczenie wysokości udzielonego wsparcia finansowego, określonego w § 1, lub zamówienia publicznego albo na możliwość dalszego korzystania z elektronicznego instrumentu płatniczego (Ustawa – Kodeks karny, Dz.U. z 1997 r. nr 88 poz. 533 z późniejszymi zmianami).

UWAGA!

1. **Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania!**
2. **Dofinansowanie** będzie przyznawane do wyczerpania środków finansowych PFRON przekazanych dla Powiatu Pabianickiego na rok, w którym składany jest wniosek.
3. **Dofinansowanie nie obejmuje kosztów realizacji zadania poniesionych przed zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON!**

UWAGA! W przypadku podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, zobowiązany on zostanie do zwrotu przekazanych przez PCPR środków finansowych PFRON wraz z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonania przez PCPR płatności tych środków.

Zapoznałem(-am) się z powyższym:

....

Data własnoręczny podpis Wnioskodawcy

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

.....

I. OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że nie posiadam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem tego wniosku nie byłem stroną umowy zawartej z Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

....

Data Podpis wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego

II. OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że **zostałem(-am) poinformowany(-a)**, że wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych, **zostanie rozpatrzony po otrzymaniu planu środków PFRON na rok bieżący i zatwierdzeniu go przez Radę Powiatu Pabianickiego.**

....

Data Podpis wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego

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) — zwanej dalej RODO

informuję, że:

1) Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pabianicach z siedzibą w Pabianicach, ul. gen. Romualda Traugutta 6a, 95-200 Pabianice, reprezentowane przez Dyrektora, adres e-mail: sekretariat@pcpr-pabianice.pl ;
2) Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Pabianicach, Panem Sylwestrem Krawczykiem jest możliwy pod adresem e-mail: iod@pcpr-pabianice.pl ;
3) Dane osobowe Pana/Pani będą przetwarzane w celu przyjmowania wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON oraz przekazywania w tych sprawach informacji, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO, art. 9 ust. 2 lit. b oraz art. 6 ust 1 lit. c RODO w związku z realizacją art. 35a ust. 2 pkt. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573 z późn. zm.).;
4) Odbiorcami Pana/Pani danych osobowych będą podmioty realizujące zadania publiczne oraz bank;
5) Dane osobowe Pana/Pani będą przechowywane przez okres wymagany przepisami prawa, zgodnie z przyjętym w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Pabianicach Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt, tj. 2 lata od zakończenia sprawy, w przypadku wyrażonej zgody — do czasu realizacji celu, bądź do momentu jej cofnięcia;
6) Posiada Pan/Pani prawo do:
   a) w przypadku wyrażonej zgody, do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych Pani/Pana, prawo do ich sprostowania, usunięcia, przeniesienia, ograniczenia przetwarzania, a także prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
   b) w przypadku danych przetwarzanych na podstawie przepisów prawa, do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych Pani/Pana, prawo do ich sprostowania oraz prawo do ograniczenia przetwarzania.
7) Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa;
8) Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest niezbędne do uzyskania dofinansowania. Niepodanie danych będzie skutkować niemożnością realizacji świadczenia. W zakresie danych kontaktowych, tj. numeru telefonu — podanie danych jest dobrowolne.

D Y R E K T O R
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie

mgr Jarosław Grabowski

Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej:

……., dnia …… r ……
miejscowość podpis Wnioskodawcy

....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej — data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Pabianicach – likwidacja barier

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i Nazwisko pacjenta .....

Data urodzenia .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej
   .....
   .....
2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia niepełnosprawności lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
   .....
   .....
   .....
3. Uszkodzenie innych narządów i układów oraz choroby współistniejące
   .....
   .....
4. Czy osoba niepełnosprawna ma trudności w poruszaniu się, w szczególności, czy porusza się samodzielnie?
   .....
   .....
5. Jakie elementy przedsięwzięcia objętego wnioskiem o dofinansowanie umożliwi lub znacznie ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontakt z otoczeniem
   .....
   .....
   .....
   .....

Pouczenie: Zgodnie z art.271 § 1 kodeksu karnego „Funkcjonariusz publiczny lub **inna osoba uprawniona** do wystawienia dokumentu, która poświadcza w nim nieprawdę co do okoliczności mającej znaczenie prawne, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat”

.....

podpis pieczęć lekarza specjalisty wystawiającego zaświadczenie