

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).

.....syn/ córka.....
imię (imiona) i nazwisko imię ojca
seria.....nrwydany w dniu.....przez.....
nr PESEL.....
miejscowość.....ulica.....nr domu.....nr lokalu.....
nr kodu-.....pocztąpowiat
województwonr telefonu/faxu(z nr kier.)

B Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego wnioskodawcy), opiekun prawny

..... syn/ córka
imię (imiona) i nazwisko imię ojca
serianrwydany w dniu przez
nr PESEL
miejscowośćulicanr domunr lokalu
nr kodu-..... pocztą 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 Sytuacja zawodowa:

Formy zatrudnienia — przykłady	Zaznaczenie wyboru
1. zatrudniony/ prowadzący działalność gospodarczą	
2. osoba w wieku od 18-25 lat, ucząca się lub studiująca	
3. bezrobotny, poszukujący pracy/ rencista poszukujący pracy	
4. rencista/ emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy	
5. dzieci i młodzież do 18 lat	

D 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):

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

G Przewidywany koszt realizacji zadania:

Cyframi

Słownie:

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

H Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania z PFRON w zł

Cyframi

Słownie:

I Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

.....

J 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:

.....
.....

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

Cyframi

Słownie:

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

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

Upředzona/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 zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier (własność, umowa najmu, poświadczenie zameldowania, zgoda spółdzielni mieszkaniowej / ROM-u itp.) Dotyczy tylko likwidacji barier architektonicznych.
7. Oferta kosztorysowa (dotyczy likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych).
8. W przypadku łamania barier architektonicznych po pozytywnej decyzji Zespołu ds. rozpatrywania wniosku należy dostarczyć kosztorys przedwykonawczy planowanych robót.
9. Inne dokumenty wymagane w zależności od indywidualnej sytuacji Wnioskodawcy i rodzaju likwidowanych barier

Adnotacje osoby przyjmującej wniosek:

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

.....
data i 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)²⁾** 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 podatkowy 2020*)
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.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych danych osobowych na zasadach określonych w ustawie z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 133 poz. 883) w zbiorze danych osobowych prowadzonych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pabianicach.

.....

Data

.....

Podpis wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego

Objaśnienia do wniosku na likwidację barier

*) 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 2021 i zatwierdzonych do wykorzystania na powyższy cel.

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 się z powyższym:

.....
Data i własnoręczny podpis Wnioskodawcy
Załącznik do wniosku na likwidację barier

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że nie posiadam żadnych 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

KLAUZULA INFORMACYJNA

DLA OSÓB KORZYSTAJĄCYCH Z POMOCY ŚWIADCZONEJ PRZEZ POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W PABIANICACH

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) oraz na podstawie ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1000)

informuję, że:

- 1) Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest DYREKTOR POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE W PABIANICACH z siedzibą w Pabianicach, ul. Traugutta 6A, 95-200 Pabianice, adres e-mail: sekretariat@pcpr-pabianice.pl ;
- 2) Inspektor Ochrony Danych jest Sylwester Krawczyk, kontakt e-mail: iod@pcpr-pabianice.pl ;
- 3) Dane osobowe Pana/Pani będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a i c ogólnego rozporządzenie o ochronie danych oraz ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2017 r., poz. 1769 z późn. zm.) w celu spełnienia obowiązków prawnych oraz realizowania przez POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W PABIANICACH zadań statutowych;
- 4) Odbiorcami Pana/Pani danych osobowych będą upoważnieni pracownicy PCPR oraz podmioty przetwarzające dane osobowe na zlecenie PCPR. Przetwarzanie przez podmioty zewnętrzne ma miejsce tylko w zakresie, w jakim jest to niezbędne dla prowadzenia działalności przez PCPR;
- 5) Dane osobowe Pana/Pani będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji ww. celów, w tym również wypełnienia obowiązku archiwizacyjnego;
- 6) Posiada Pan/Pani prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do cofnięcia zgody (w zakresie danych, do których zgoda była wyrażona);
- 7) Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych;
- 8) Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest obowiązkowe ze względu na ww. przepisy prawa, a w pozostałym zakresie 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

miejsowość

.....

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 poświadczą 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