

Znak sprawy:

W N I O S E K

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

UWAGA! Przed złożeniem wniosku należy zapoznać się z obowiązującymi przepisami w sprawie udzielania dofinansowania ze środków PFRON do likwidacji barier architektonicznych

1. Dane wnioskodawcy (proszę wypełnić czytelnie drukowanymi literami).

Nazwisko i imię syn/córka.....

imie ojca

Adres zamieszkania

(ulica, nr domu, nr lokalu, kod pocztowy, miejscowość)

Seria i numer dowodu osobistego..... wydany w dniu.....

przez.....

Nr PESEL											NIP									
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon kontaktowy..... adres e-mail.....

2. Dane opiekuna prawnego/pelnomocnika/przedstawiciela ustawowego

Nazwisko i imięsyn/córka.....

imie ojca

Adres zamieszkania

(ulica, nr domu, nr lokalu, kod pocztowy, miejscowość)

Seria i numer dowodu osobistego..... wydany w dniu.....

przez

[illegible]

Telefon kontaktowy..... adres e-mail.....

Opiekun*/pełnomocnik*..... (postanowieniem sądu

Rejonowego z dnia.....sygn. akt*/na mocy pełnomocnictwa

potwierdzonego przez notariusza..... z dnia..... repet.
nr.....)

3. Informacja o posiadanym rachunku bankowym:

Posiadacz konta

Nazwa banku

[illegible]

4 .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):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. Przewidywany koszt realizacji zadania:

Cyframi.....

Słownie:.....

8. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON w zł

Cyframi.....

Słownie:.....

9. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania .

.....

.....

10. 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:

.....
.....

11. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania, koszt pokrycia realizacji zadania (np. deklarowany przez sponsora):

Cyframi

Słownie:

12. Informacja o korzystaniu przez wnioskodawcę z dofinansowania ze środków PFRON w okresie ostatnich 3 lat przed dniem złożenia wniosku:

Cel na który zostało przyznane dofinansowanie	Nr umowy	Data przyznania dofinansowania	Rozliczono TAK/NIE*

13. OŚWIADCZENIA :

1. Oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód¹**, w rozumieniu przepisów oświadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób² we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił: _____ zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym **wynosi** _____ .

2. Oświadczam, iż w **ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku** o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych **nie uzyskałem/am (uzyskałem/am) dofinansowania na ten cel** ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

3. Oświadczam, że **powyższe dane zawarte we wniosku i w załącznikach są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych lub zatajenia prawdy**. Pouczony o odpowiedzialności karnej na podstawie *art. 233 § 1 Kodeksu Karnego* za zeznawanie nieprawdy lub zatajenia prawdy.

4. Oświadczam, że nie posiadam zaległości w terminowym regulowaniu zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz

5. Oświadczam, że w **ciągu trzech ostatnich lat nie była(e)m stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie**.

* właściwie zaznaczyć

¹ Średni miesięczny dochód tzn. dochód w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych, pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowych i chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, **obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku**.

² Średni dochód miesięczny razem podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

6. **Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych** przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Limanowej w systemach informatycznych, skorowidzach, teczkach osobowych, wykazach i innych zbiorach ewidencyjnych danych osobowych moich i mojej rodziny.
7. Potwierdzam uzyskanie informacji:
1. **Administratorem** Pana/Pani danych osobowych **jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Limanowej**, z siedzibą w Limanowej przy ul. Józefa Marka 9, adres e – mail: pcpr@powiat.limanowski.pl; numer telefonu: 18 3375826.
 2. W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Limanowej został powołany **inspektor ochrony danych**, z którym można się skontaktować: mstachowicz25@gmail.com
 3. **Ma Pani/Pan prawo** dostępu do swoich danych, ich sprostowania, żądania ich usunięcia, prawo ograniczenia przetwarzania i prawo przenoszenia danych. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, jeżeli Pana/Pani dane są przetwarzane niezgodnie z wymogami prawnymi.
 4. **Dane będą przetwarzane w celu przyznania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zgodnie z ustawą o Rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.**
 5. **Podstawą prawną przetwarzania Pana/Pani danych** jest art. 6 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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) w zw. z przepisami w/w ustawy.
 6. Pana/Pani dane nie będą udostępniane odbiorcom innym niż upoważnionym na podstawie przepisów prawa.
 7. Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane zgodnie z ustawą o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz instrukcją kancelaryjną obowiązującą w PCPR (5 lat; a w przypadku Programu Aktywny Samorząd – 25 lat).
 8. **Podanie danych jest dobrowolne**, jednakże ich niepodanie uniemożliwi Administratorowi wykonywanie jakichkolwiek działań w odniesieniu do Pana/Pani osoby.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni tut. Centrum.

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

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

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis wnioskodawcy /opiekuna prawnego/
pełnomocnika/przedstawiciela ustawowego

WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:

1. Kopia orzeczenia, o zakwalifikowaniu przez organy orzekające do jednego z trzech stopni niepełnosprawności lub równoważne, w przypadku dzieci orzeczenie o niepełnosprawności,
2. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej – kserokopię zaświadczenia lub wyroku Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego – (oryginał do wglądu) w przypadku reprezentowania wnioskodawcy przez pełnomocnika – kserokopię pełnomocnictwa.
3. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z Wnioskodawcą, (w przypadku takich osób)
4. Aktualne zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza specjalistę (druk w załączeniu).
5. Oświadczenie o dochodach (druk w załączeniu).
6. Oświadczenie o nieskorzystaniu ze środków PFRON na likwidację barier (druk w załączeniu)
7. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier (własność, umowa najmu, poświadczenie zameldowania itp.).
8. Inne dokumenty wymagane w zależności od indywidualnej sytuacji Wnioskodawcy.

Objaśnienia do wniosku na likwidację barier architektonicznych

*) 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 ostatni kwartał.

**) rodzina – w rozumieniu ustawy o świadczeniach rodzinnych oznacza to odpowiednio następujących członków rodziny: małżonków, rodziców dzieci, opiekuna faktycznego dziecka oraz pozostające na utrzymaniu dzieci w wieku do ukończenia 25 roku życia, a także dziecko które ukończyło 25 rok życia legitymujące się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, jeżeli w związku z tą niepełnosprawnością rodzinie przysługuje świadczenie pielęgnacyjne. Do członków rodziny nie zalicza się dziecka pozostającego pod opieką opiekuna prawnego.

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Limanowej informuje, iż 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, przedkłada podrobiony, przerobiony, poświadczający nieprawdę albo nierzetelny dokument albo nierzetelne pisemne 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 z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny tj. Dz. U. z 2017 r. poz. 2014 ze zm.)

U W A G A!!!

1. Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania!

2. Dofinansowanie będzie przyznawane do wyczerpania środków finansowych PFRON przekazanych dla Powiatu Limanowskiego na dany rok i zatwierdzonych do wykorzystania na powyższy cel.

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.

Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.

Zapoznałem się z powyższym:

.....

data i podpis wnioskodawcy /opiekuna
prawnego/pełnomocnika/przedstawiciela ustawowego

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię

PESEL

Adres zamieszkania

Rodzaj schorzenia*:

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ choroby psychiczne | ☐ narząd wzroku | ☐ układ krążenia |
| ☐ choroby neurologiczne | ☐ narząd słuchu | ☐ układ oddechowy |
| ☐ upośledzenie umysłowe | ☐ układ ruchu | ☐ inne |

Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne:

- | | | |
|--|--|-------------------------------------|
| ☐ Oproteźowanie/ zaopatrzenie kończyn górnych (jednostronne, obustronne)* | | |
| ☐ Oproteźowanie/ zaopatrzenie kończyn dolnych (jednostronne, obustronne)* | | |
| ☐ wózek inwalidzki | ☐ kule łokciowe | ☐ inne |

Opis schorzeń

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć lekarza

*- właściwe zaznaczyć