Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

w Skarżysku-Kamiennej

26-110 Skarżysko Kam., Plac Floriański 1 tel. 041 2521953 wew. 42
e-mail: pcpr.sko@wp.pl www.pcprskarzysko.pl

Wniosek złożono w PCPR

w dniu .....

Nr sprawy.....

WNIOSEK

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

A. Dane dotyczące Wnioskodawcy (*proszę wypełnić drukowanymi literami*)

Nazwisko	Imię/imiona	Imię ojca
Seria i nr dowodu osobistego	Organ wydający oraz data wydania dowodu osobistego	
PESEL	Data urodzenia	NIP
Adres – **miejsce realizacji zadania**		Telefon

I. A. Stopień niepełnosprawności [1]

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 lat 16 (w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat), którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny)	
2. umiarkowany	
• inwalidzi II grupy	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy	
• inwalidzi II grupy ze względu na głuchotę lub głuchoniemotę	
3. lekki	
• pozostali inwalidzi III grupy	
• osoby częściowe niezdolne do pracy	
• osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

[1] proszę wstawić X we właściwej rubryce
* niepotrzebne skreślić

I. B. Rodzaj niepełnosprawności [1]

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; osoby po amputacji kończyn; osoby niewidome, głuche, głuchonieme	
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	
punktacja	

I. C. Szczegółowy opis niepełnosprawności

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

II. Sytuacja zawodowa [1]

1. zatrudniony * /prowadzący działalność gospodarczą *	
2. osoba w wieku od 18 lat do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca	
3. bezrobotny poszukujący pracy*/ rencista poszukujący pracy*	
4. rencista*/ emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy	
5. dzieci i młodzież do lat 18	
punktacja	

III. A. Sytuacja mieszkaniowa – warunki mieszkaniowe[1] (wypełnia pracownik PCPR po przeprowadzeniu wizji lokalnej)

1. złe	
2. przeciętne	
3. dobre	
4. bardzo dobre	
punktacja	

III. B. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i mieszkania

1. dom jednorodzinny*, wielorodzinny prywatny*, wielorodzinny komunalny*, wielorodzinny spółdzielczy*,
2. inne*.....
3. budynek parterowy*, piętrowy*, mieszkanie na.....(proszę podać kondygnację)
4. przybliżony wiek budynku lub rok budowy.....
5. opis mieszkania: pokoje (podać liczbę)....., z kuchnią*, z łazienką*, bez łazienki, z wc*, bez wc*
6. łazienka jest wyposażona w : wannę*, brodzik*, kabinę prysznicową*, umywalkę*
7. w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej*, ciepłej*, kanalizacja*, centralne ogrzewanie*, prąd*, gaz*
8.inne informacje o warunkach mieszkaniowych .....
.....
.....
.....

[1] proszę wstawić X we właściwej rubryce
* niepotrzebne skreślić

III. C. Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje: [1]

1. samotnie	
2. z rodziną	
3. z osobami niespokrewnionymi	
punktacja	

III. D. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą (w tym osoby niepełnosprawne) oraz oświadczenie Wnioskodawcy o wysokości średniego miesięcznego dochodu w gospodarstwie domowym *

Imię i nazwisko - pokrewieństwo	niepełnosprawność		średni dochód miesięczny [zł]*
	stopień	rodzaj	
Dane dotyczące Wnioskodawcy:			
1.	**X**		
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa:			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
RAZEM			

Łączna punktacja za stopień i rodzaj niepełnosprawności osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym	

***** średni dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych, pomniejszony o obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnych, rentowych i chorobowych, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za okres ostatnich trzech miesięcy poprzedzających miesiąc, w którym składany jest wniosek.

W przypadku osób prowadzących samodzielne gospodarstwo, do oświadczenia należy wpisać tylko Wnioskodawcę.

Oświadczam, że średni miesięczny dochód przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym obliczony zgodnie z powyższym pouczeniem wyniósł ..... zł.

[1] proszę wstawić X we właściwej rubryce

IV. Średni dochód miesięczny na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy [1]

1. poniżej 100,00 zł	
2. 101,00 – 200,00 zł	
3. 201,00 – 300,00 zł	
4. 301,00 – 400,00 zł	
5. 401,00 – 500,00 zł	
6. 501,00 – 600,00 zł	
7. 601,00 – 700,00 zł	
8. 701,00 – 800,00 zł	
9. powyżej 800,00 zł	
punktacja	

V. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON?				Tak:	Nie:
Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznania	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia*	Źródło PFRON WOZiRON samorząd powiatowy
Razem:		Kwota rozliczona			

***** o dofinansowanie nie mogą się ubiegać Wnioskodawcy, którzy w przeszłości byli stroną umowy z Funduszem rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy

VI. Deklarowany udział własny Wnioskodawcy i/lub sponsora

1. deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania- ponad obowiązkowe 5%	**%**
2. deklarowany przez sponsora i udokumentowany % pokrycia kosztów realizacji zadania	**%**
punktacja	

VII. Dane informacyjne o Wnioskodawcy [1]

a) wykształcenie	Zaznacz właściwe	**b) rodzaj źródła utrzymania**	Zaznacz właściwe
1. niepełne podstawowe		1. wynagrodzenie za pracę	
2. podstawowe		2.przychody z działalności gospodarczej	
3. zawodowe		3. renta stała*/emerytura	
4. średnie ogólnokształcące		4. renta okresowa	
5. średnie zawodowe		5.renta szkoleniowa	
6. policealne		6.zasiłek dla bezrobotnych	
7. wyższe		7.zasiłek socjalny	
8. wyższe ze stopniem naukowym		8. stypendium	
		9. alimenty*/inne*	

[1] proszę wstawić X we właściwej rubryce
* niepotrzebne skreślić

VIII. Cel likwidacji barier architektonicznych (technicznych)

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

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

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

Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania zł:

cyframi.....

(słownie).....

X. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

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

XI. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składny jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania

.....
.....

XII. Informacje dodatkowe i uzupełniające

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

XIII. Inwestor zastępczy (inspektor nadzoru) wybrany przez Wnioskodawcę:

.....

(nazwa i dokładny adres z numerem kodu)

..... nr telefonu.....

Oświadczenie

Oświadczam, że:

- **w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie uzyskałem/am odpowiednio na te cele dofinansowanie ze środków Funduszu,**
- **w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy z PFRON, rozwiązaną z przyczyn leżących po stronie osoby niepełnosprawnej,**
- **nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.**

.....

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

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji wniosku zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10.05.2018 r. (Dz. U. 2019 poz. 1781 z późn. zm.) oraz Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 r. zwanym dalej „RODO”
Oświadczam, że zostałem poinformowany, że:

1) administratorem moich danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Skarżysku- Kamiennej ul. Plac Floriański 1, a podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne;
2) w sprawach związanych z moimi danymi proszę się kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych. Dane do kontaktu z **inspektorem ochrony danych osobowych** w firmie Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Skarżysku- Kamiennej, to:
adres korespondencyjny 26-110 Skarżysko-Kamienna, ul. Plac Floriański 1, adres e-mail: iodpcpr.sko@wp.pl, tel.41 253 00 23;

3) moje dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat (licząc od roku następującego po roku, w którym złożyłem/am wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON) ustalonym na podstawie odrębnych przepisów,
4) posiadam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia, jak również prawo do ograniczenia ich przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody (w przypadku jej wyrażenia), prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych;
5) przysługuje mi prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, jeśli moim zdaniem, przetwarzanie danych osobowych - narusza przepisy unijnego rozporządzenia RODO – Biuro Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych Adres: Stawki 2, 00-193 Warszawa.
6) w razie konieczności moje dane mogą być udostępniane innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa;
7) moje dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane;
8) podanie danych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do udzielenia wnioskowanego wsparcia,
9) podstawą przetwarzania moich danych jest art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a RODO – w przypadku, gdy osoba, której dane dotyczą wyraziła zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych (w tym danych dotyczących stanu zdrowia)w jednym lub większej liczbie określonych celów;
10) Administrator nie może na podstawie niniejszej zgody przetwarzać powyższych danych w sposób naruszający moje dobre imię lub dobra osobiste, a także w zakresie i celu innym niż wskazane powyżej.

Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1, 2 i 3 Kodeksu oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.

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

[1] proszę wstawić X we właściwej rubryce
* niepotrzebne skreślić

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

.....syn/córka.....
imię (imiona) i nazwisko *imię ojca*

seria..... nr .....wydany w dniu ..... przez .....
dowód osobisty

..... PESEL ..... NIP.....

Miejscowość ..... ulica ..... nr domu.....nr lokalu .....
dokładny adres

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

województwo..... nr tel./faxu (z nr kier.) .....

ustanowiony opiekunem*/pełnomocnikiem*.....

postanowieniem Sądu Rejonowego z dn.....sygn. akt...../ na mocy pełnomocnictwa*

potwierdzonego przez notariusza.....z dn.....repet. nr.....

* niepotrzebne skreślić

Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia wnioskodawcy, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudniania osób niepełnosprawnych (Dz. U. 2020 poz. 426).
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające szczegółowy opis schorzenia i uzasadnienie do wykonania prac z zakresu likwidacji barier architektonicznych lub zakupu przedmiotu z zakresu likwidacji barier technicznych wydane przez lekarza specjalistę.
4. Zaświadczenie dyrektora powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.
5. Udokumentowanie zameldowania na pobyt stały (dowód osobisty do wglądu/zaświadczenie).
6. Aktualny wypis z księgi wieczystej poświadczający własność nieruchomości/akt notarialny.
7. Pisemna zgoda właściciela nieruchomości/ lokalu mieszkalnego na wykonanie prac z zakresu likwidacji barier architektonicznych.
8. Zaświadczenie o dochodzie netto Wnioskodawcy za okres ostatnich trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku oraz osób wspólnie gospodarujących (w przypadku takich osób).
9. Kopia decyzji o przyznaniu zasiłku pielęgnacyjnego, świadczeń z pomocy społecznej, ZUS, KRUS lub innych dokumentów wymaganych przez PCPR.
10. Szkic pomieszczeń, których dotyczy likwidacja barier architektonicznych (z podaniem ich wymiarów, obecnego i projektowanego układu funkcjonalnego).
11. Oferta cenowa od sprzedawcy na wnioskowany przedmiot (dot. wniosku na zakup przedmiotu z zakresu likwidacji barier technicznych).
12. Pisemna informacja o innych źródłach finansowania zadania (np. oświadczenie sponsora).
13. Inne dokumenty – zgodnie z informacją przekazaną przez pracownika PCPR.

Adnotacje przyjmującego wniosek (wypełnia pracownik Centrum Pomocy Rodzinie)

Stwierdzam, że wniosek jest kompletny.

Uwagi:

.....

.....

.....

....

(data) (podpis pracownika)

Suma uzyskanych punktów