



Data wpływu wniosku:

Pieczęć PCPR

Nr kolejny wniosku:

.....

### WNIOSEK

**o dofinansowanie zakupu urządzeń wraz z montażem lub wykonania prac z zakresu likwidacji barier architektonicznych lub/i technicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

#### Wnioskodawca:

.....  
*imię i nazwisko*

*nr PESEL* .....

*zamieszkały(ła)*....., *ul.* ....., *nr domu* .....*nr lokalu* .....

*nr kodu pocztowego*....., *poczta*....., *tel.* .....

#### Informacje o wnioskodawcy:

1. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik, właściwe pole proszę zaznaczyć stawiając „X”

<b>Znaczny</b>	
I grupa inwalidzka	
Osoba całkowicie niezdolna do pracy i do samodzielnej egzystencji	
Osoba stale albo długotrwale niezdolna do pracy w gospodarstwie rolnym, której przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
<b>Umiarkowany</b>	
II grupa inwalidzka	
Osoba całkowicie niezdolna do pracy	
<b>Lekki</b>	
Inwalidzi III grupy	
Osoby stale i długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	
Osoby częściowo niezdolne do pracy	
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności	

a/ Rodzaj niepełnosprawności

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządu słuchu	
5. dysfunkcja narządu mowy	
6. upośledzenie umysłowe	
7. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
8. inny/jaki?.....	
.....	

**Orzeczenie wydane:**

na stałe

okresowo do .....

2. Uzasadnienie składanego wniosku (informacja wnioskodawcy o trudnościach związanych z codziennym funkcjonowaniem wynikających z ograniczonej sprawności ruchowej lub innych deficytów).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Sytuacja zawodowa wnioskodawcy

1. Zatrudniony/prowadzący* działalność gospodarczą	
Rodzaj wykonywanej pracy: praca fizyczna <input type="checkbox"/> praca umysłowa <input type="checkbox"/>	
2. Młodzież w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się lub studiująca	
3. Dzieci i młodzież do 18 lat	
4. Rencista/emeryt*	
5. Bezrobotny poszukujący pracy/ rencista poszukujący pracy *	

\*właściwe zakreślić

4. Oświadczenie o wysokości dochodów w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

- a) Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym .....
- b) Dochód netto Wnioskodawcy .....
- c) Dochody netto pozostałych osób wspólnie gospodarujących .....
- d) Łączny dochód netto w gospodarstwie domowym .....**
- e) Dochód netto na jedną osobę .....**

5. Miejsce likwidacji bariery.....

.....

6. Cel, na który zostanie przekazane dofinansowanie.....

.....

7. Przewidywalny koszt realizacji zadania .....zł.

8. Termin rozpoczęcia i przewidywalny czas realizacji zadania .....

.....

9. Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków Funduszu do likwidacji w/w barier w wysokości .....zł (słownie .....),  
**co nie może stanowić więcej niż 95% kwoty brutto zadania.**

- 10. Nakłady poniesione na likwidację barier do końca miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku oraz dotychczasowe źródła finansowania:**
- architektoniczne.....
  - techniczne.....
  - rodzaj zakupionego sprzętu/materiałów.....
  - wydatkowana kwota.....
  - źródła finansowania.....

### Informacje dodatkowe:

- 1. Oświadczam, że w ciągu ostatnich 3 lat przed złożeniem wniosku korzystałem(am)\* ze środków PFRON na realizację zadania z zakresu likwidacji barier architektonicznych lub/i technicznych na terenie powiatu wadowickiego lub innego:**

TAK       NIE

- 2. Oświadczam, że posiadam zaległości wobec PFRON:**

TAK       NIE

- 3. Oświadczam, że w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku byłem (am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:**

TAK       NIE

- 4. Oświadczam, że posiadam środki własne w wysokości nie mniejszej niż 5% kosztów zadania związanego z likwidacją barier:**

TAK       NIE

- 5. Oświadczam, że posiadam środki finansowe z innych źródeł na dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych/technicznych w wysokości .....zł (słownie złotych .....)**

TAK       NIE

Udokumentowane źródło pochodzenia środków.....

.....

- 6. Proszę o zwrot przyznanego dofinansowania na niżej podane konto bankowe:**

Nazwa banku: .....

Numer rachunku:    \_ \_ -

- 7. Oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a, że dofinansowanie ze środków Funduszu nie obejmuje kosztów prac związanych z realizacją zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.**

\*właściwe zakreślić

Oświadczam, że adres wskazany w niniejszym wniosku jest faktycznym adresem mojego zamieszkania. Oświadczam również, że aktualnie nie ubiegam się o takie dofinansowanie ze środków PFRON w innych powiatach.

Pouczony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. kodeks karny (t.j. Dz.U. z 2018 r., poz. 1600, z późn. zm.) **oświadczam, że podane we wniosku informacje są prawdziwe, o wszelkich zmianach zobowiązuję się informować PCPR w ciągu 14 dni od ich zaistnienia.**

.....  
**Data i podpis wnioskodawcy**

*W przypadku, gdy Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie poweźmie wątpliwości odnośnie podanych we wniosku o dofinansowanie danych, a w szczególności, co do wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, wystąpi do Wnioskodawcy o złożenie w wyznaczonym terminie (nie dłuższym niż 14 dni licząc od dnia otrzymania wezwania) wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.*

*Zgodnie z /Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25.06.2002 w sprawie określenia zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. (t.j. Dz.U z 2015 r. poz. 926, z późn. zm.).*

**Dane personalne prawnego opiekuna (w tym przedstawiciela ustawowego osoby małoletniej) lub osoby upoważnionej:**

.....  
*imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa / osoba niespokrewniona*

*nr PESEL .....*

*zamieszkały(ta)....., ul. ...., nr domu ..... nr lokalu .....*

*nr kodu pocztowego ....., poczta ....., tel. ....*

.....  
**Data i podpis opiekuna/osoby upoważnionej**

**Do wniosku należy dołączyć:**

1. Kopię orzeczenia o niepełnosprawności lub jego odpowiednik.
2. Załącznik nr 1 – zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności i trudnościach z niej wynikających.
3. Udokumentowaną podstawę prawną do posiadania budynku lub lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja bariery architektonicznej /własność lokalu, prawo wieczystego użytkowania lokalu/.
4. W przypadku likwidacji bariery technicznej ofertę cenową wybranego sprzętu.
5. Upoważnienie uprawniające do reprezentowania osoby niepełnosprawnej w PCPR w Wadowicach oraz informację dotyczącą przetwarzania danych osobowych, pozyskanych od osoby, której dane dotyczą (jeżeli dotyczy) Załącznik nr 2.
6. Dowód osobisty Wnioskodawcy oraz osoby upoważnionej do wglądu.

**Dane zweryfikowano na podstawie dowodu osobistego**

**Data i podpis pracownika przyjmującego wniosek .....**

**Wniosek został sprawdzony pod względem formalnym i merytorycznym i stwierdzono jego kompletność, wszystkie załączniki są prawidłowo wypełnione i nie zawierają braków formalnych.**

.....  
**Data i podpis pracownika**

.....  
miejsowość data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**  
**wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wadowicach**  
**dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych lub /i technicznych**  
(proszę wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania.....

Data urodzenia.....

1. Rozpoznanie i opis schorzenia powodującego niepełnosprawność:

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

2. Opis trudności w codziennym funkcjonowaniu powodowanych występującym schorzeniem:

a. w zakresie poruszania się.....

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

b. w zakresie samodzielnego funkcjonowania.....

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

.....  
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

.....  
pieczętka i podpis lekarza  
wystawiające zaświadczenie

**Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych, pozyskanych od osoby, której dane dotyczą  
DLA WNIOSKODAWCY**

**Zgodnie z art. 13** ust. 1 i ust. 2 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) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wadowicach informuję, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wadowicach, z siedzibą 34-100 Wadowice ul. Mickiewicza 15;
- 2) w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Wadowicach został powołany Inspektor Ochrony Danych Osobowych. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych Osobowych: [iodpcpr@pcpr-wadowice.pl](mailto:iodpcpr@pcpr-wadowice.pl), tel. 33 8709010;
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu zawarcia umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 roku w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, na podstawie art. 6, ust. 1, lit. c) – czyli przetwarzanie Pana/Pani danych osobowych jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego, ciążącego na administratorze oraz z lit. e) – przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi oraz na podstawie art. 9 ust 2 pkt b w zw. z pkt c i d – przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady;
- 4) odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będzie: PFRON, ośrodki pomocy społecznej – w razie konieczności, świadczeniodawca realizujący zlecenie – w razie konieczności, organy administracji publicznej w granicach ich działalności; obsługa informatyczna, radca prawny, firma świadcząca usługi hostingu poczty elektronicznej w zakresie prowadzonej korespondencji elektronicznej;
- 5) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z obowiązującym w PCPR „Jednolitym rzeczowym wykazem akt”;
- 6) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do sprzeciwu;
- 7) ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r.;
- 8) podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest warunkiem zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania. Jest Pan/Pani zobowiązany/a do ich podania a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku i przyznania dofinansowania.
- 9) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

---

**Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych, pozyskanych od osoby, której dane dotyczą  
DLA OSOBY UPOWAŻNIONEJ/KURATORA/PEŁNOMOCNIKA**

**Zgodnie z art. 14** ust. 1 i ust. 2 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) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wadowicach informuję, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wadowicach, z siedzibą 34-100 Wadowice ul. Mickiewicza 15;
- 2) w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Wadowicach został powołany Inspektor Ochrony Danych Osobowych. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych Osobowych: [iodpcpr@pcpr-wadowice.pl](mailto:iodpcpr@pcpr-wadowice.pl), tel. 33 8709010;
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą przez PFRON w celu realizacji zadań ustawowych PFRON związanych z pomocą osobom niepełnosprawnym w tym w celu kontroli prawidłowości wydatkowania środków przyznanych właściwej jednostce samorządu terytorialnego, zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, na podstawie art. 6, ust. 1, lit. c) tj. przetwarzanie Pana/Pani danych osobowych jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego, ciążącego na administratorze oraz z lit. e) tj. przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi oraz na podstawie art. 9 ust. 2 pkt b w zw. z pkt c i d – przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady;
- 4) odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będzie: PFRON, ośrodki pomocy społecznej – w razie konieczności, organy administracji publicznej w granicach ich działalności, obsługa informatyczna, inspektor nadzoru inwestycyjnego, radca prawny, członkowie Komisji opiniujący wnioski o dofinansowania, firma świadcząca usługi hostingu poczty elektronicznej w zakresie prowadzonej korespondencji elektronicznej;
- 5) na podstawie prawnie uzasadnionego interesu przetwarzane są Pana/Pani następujące kategorie danych. Dane zwykle takie jak: imię i nazwisko, dane adresowe, PESEL;
- 6) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z obowiązującym w PCPR „Jednolitym rzeczowym wykazem akt”;
- 7) Źródłem pozyskania Pana/Pani danych osobowych jest osoba upoważniona/kurator/pełnomocnik;
- 8) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do sprzeciwu;
- 9) ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
- 10) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

.....  
(miejsowość i data)

## U P O W A Ż N I E N I E

**Ja niżej podpisana (y):**

....., numer PESEL .....  
(imię i nazwisko)

zam. ...., ul. ...., nr .....

kod ....., poczta .....

**u p o w a ż n i a m :**

....., numer PESEL .....  
(imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa / osoba niespokrewniona)

zam. ...., ul. ...., nr .....

kod ....., poczta .....

do załatwienia **wszelkich formalności związanych z ubieganiem się** o udzielenie mi dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach zadań wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1172, z późn. zm.) a realizowanych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wadowicach.

**Upoważnienie zachowuje ważność do dnia 31.12.2022 r.**

.....  
(poświadczenie podpisu przez pracownika  
właściwego organu administracji)

.....  
(podpis osoby niepełnosprawnej)

.....  
(podpis osoby upoważnionej)