

POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W ŻYWCU

ul. Ks. Prał. St. Słonki 24, tel. (33) 861-93-36, 861-94-19 fax (33) 863-19-83

Załącznik nr 1 do Zarządzenia
Kierownika PCPR w Żywcu
nr 53/2018 z dnia 12.12.2018

.....
Data wpływu wniosku

.....
Nr sprawy

**WNIOSEK
O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON
DO LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH
W MIEJSCU ZAMIESZKANIA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać "nie dotyczy". W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ..”, czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą.

- wniosek składany po raz pierwszy

- wniosek składany po raz kolejny (podać rok złożenia wniosku)

1. **Informacje o Wnioskodawcy/ dziecku / podopiecznym będącym osobą niepełnosprawną**
- należy wypełnić wszystkie pola we wniosku oraz właściwie zaznaczyć

DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

Imię.....Nazwisko..... Data urodzeniar.

Dowód osobisty seria numer wydany w dniu.....r.
przez..... ważny do

PESEL

Wnioskodawca osobiście rodzic dziecka opiekun prawny dziecka opiekun prawny podopiecznego

<p style="text-align: center;">MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały</p> <p>Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (poczta)</p> <p>Miejscowość</p> <p>ulica</p> <p>Nr domu Nr m. Powiat</p> <p>Województwo</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś</p>	<p style="text-align: center;">ADRES ZAMELDOWANIA</p> <p style="text-align: center;">(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)</p> <p>Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (poczta)</p> <p>Miejscowość</p> <p>ulica</p> <p>Nr domu Nr m.</p> <p>Województwo</p>
--	--

Kontakt telefoniczny: numer telefonu.....

Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)

.....

DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO

<p style="text-align: center;">DANE PERSONALNE</p> <p>Imię</p> <p>Nazwisko</p> <p>Data urodzenia:..... r.</p> <p>PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Pełnoletni: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>	<p style="text-align: center;">MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)</p> <p style="text-align: center;">(jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)</p> <p>Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (poczta)</p> <p>Miejscowość</p> <p>Ulica</p> <p>Nr domu Nr m.</p> <p>Powiat</p> <p>Województwo</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś</p>
--	--

2. STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY /DZIECKA / PODOPIECZNEGO

<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> znaczny stopień	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka

ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (wydawane do 16 roku życia)

ww. dokument jest ważny: okresowo do bezterminowo

3. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY/DZIECKA/ PODOPIECZNEGO WYNIKAJĄCY Z ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<input type="checkbox"/> NARZĄD RUCHU, w zakresie:	<input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych	<input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej
z koniecznością porusza się przy pomocy	<input type="checkbox"/> wózka inwalidzkiego	<input type="checkbox"/> dwóch kul <input type="checkbox"/> balkonika
<input type="checkbox"/> INNA DYSFUNKCJA NARZĄDU RUCHU		
<input type="checkbox"/> NARZĄD WZROKU, w zakresie:	<input type="checkbox"/> osoba niewidoma	<input type="checkbox"/> osoba niedowidząca

<input type="checkbox"/> NARZĄD SŁUCHU , w zakresie:	<input type="checkbox"/> osoba niesłysząca	<input type="checkbox"/> osoba niedosłysząca
<input type="checkbox"/> INNA DYSFUNKCJA NARZĄDU SŁUCHU I MOWY.....		
<input type="checkbox"/> DEFICYT ROZWOJOWY (jaki?).....		
<input type="checkbox"/> CHOROBA PSYCHICZNA (jaka?)		
<input type="checkbox"/> INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności utrudniające poruszanie się		
4. ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE WNIOSKODAWCY/DZIECKA/ PODOPIECZNEGO		
<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> zawodowe
<input type="checkbox"/> średnie ogólne	<input type="checkbox"/> średnie zawodowe	<input type="checkbox"/> policealne
<input type="checkbox"/> wyższe	<input type="checkbox"/> inne, jakie:	
5. DODATKOWE KWALIFIKACJE WNIOSKODAWCY/DZIECKA/ PODOPIECZNEGO		
<input type="checkbox"/> prawo jazdy	<input type="checkbox"/> obsługa urządzeń biurowych	
<input type="checkbox"/> znajomość języków obcych	<input type="checkbox"/> inne, jakie:.....	
<input type="checkbox"/> obsługa komputera		
wykonywane zawody		
6. SYTUACJA ZAWODOWA WNIOSKODAWCY/DZIECKA/PODOPIECZNEGO		
<input type="checkbox"/> zatrudniony	<input type="checkbox"/> zarejestrowany w PUP jako bezrobotny lub poszukujący pracy	<input type="checkbox"/> osoba aktualnie ucząca się
<input type="checkbox"/> prowadzący działalność gospodarczą	<input type="checkbox"/> rencista	<input type="checkbox"/> dzieci i młodzież od 3 do 18 roku życia
<input type="checkbox"/> bezrobotny nie zainteresowany podjęciem pracy	<input type="checkbox"/> emeryt	<input type="checkbox"/> inne, jakie:
7. WNIOSKODAWCA/DZIECKO/PODOPIECZNY zamieszkuje		
<input type="checkbox"/> samotnie	<input type="checkbox"/> z rodziną	<input type="checkbox"/> z jednym opiekunem
czy wspólnie z wnioskodawcą /dzieckiem /podopiecznym zamieszkują inne osoby niepełnosprawne :		
<input type="checkbox"/> tak, proszę podać ilość osób i stopień niepełnosprawności		
<input type="checkbox"/> nie		
8. SYTUACJA MIESZKANIOWA WNIOSKODAWCY/DZIECKA/PODOPIECZNEGO – opis budynku lub mieszkania w którym zamieszkuje		
<input type="checkbox"/> dom jednorodzinny	<input type="checkbox"/> dom wielorodzinny prywatny	<input type="checkbox"/> dom wielorodzinny komunalny
<input type="checkbox"/> dom wielorodzinny spółdzielczy	<input type="checkbox"/> mieszkanie w bloku	<input type="checkbox"/> inne, jakie:.....
<input type="checkbox"/> budynek parterowy	<input type="checkbox"/> budynek piętrowy	<input type="checkbox"/> mieszkanie napiętrze

Opis budynku /mieszkania		
Powierzchniam ²	Liczba pomieszczeń.....	
<input type="checkbox"/> z kuchnią	<input type="checkbox"/> bez kuchni	<input type="checkbox"/> z łazienką
<input type="checkbox"/> bez łazienki	<input type="checkbox"/> z wc	<input type="checkbox"/> bez wc
Łazienka wyposażona jest w :	<input type="checkbox"/> wannę, <input type="checkbox"/> umywalkę	<input type="checkbox"/> prysznic z brodzikiem
Budynek / mieszkanie wyposażone jest w :		
<input type="checkbox"/> instalację wody zimnej <input type="checkbox"/> instalację wody ciepłej		
<input type="checkbox"/> kanalizację		
<input type="checkbox"/> ogrzewanie podać rodzaj ogrzewania		
9. TYTUŁ PRAWNY DO BUDYNKU LUB LOKALU WNIOSKODAWCY/DZIECKA/PODOPIECZNEGO		
<input type="checkbox"/> własność	<input type="checkbox"/> współwłasność	<input type="checkbox"/> użytkowanie wieczyste
<input type="checkbox"/> najem	<input type="checkbox"/> dzierżawa	<input type="checkbox"/> przydział lokalu
<input type="checkbox"/> inne, jakie.....		
10. PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA		
11. MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA (proszę wpisać adres)		
12. TERMIN ROZPOCZĘCIA I PRZEWIDYWANY CZAS REALIZACJI ZADANIA		
.....		
13. WYKAZ BARIER, UTRUDNIEŃ WYSTĘPUJĄCYCH W MIESZKANIU, DOMU LUB JEGO NAJBLIŻSZYM OTOCZENIU DLA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ KTÓRE MAJĄ ZOSTAĆ ZLIKWIDOWANE W RAMACH DOFINANSOWANIA		
.....		
.....		
.....		
14. WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (ROBÓT BUDOWLANYCH) DO WYKONANIA W RAMACH LIKIWDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH – prosimy wymienić i podać orientacyjny całkowity koszt realizacji zadania (należy szczegółowo opisać co w ramach likwidacji barier architektonicznych ma zostać wykonane)		
Lp.	Zakres prac koniecznych do wykonania	

19. CZY WNIOSKODAWCA POSIADA WYMAGALNE ZOBOWIĄZANIA WOBEC PFRON

tak, podać rodzaj i wysokość w zł. wymagalnego zobowiązania

nie

Uwaga! Za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął

20. CZY PLANOWANE DO REALIZACJI ZADANIE BĘDZIE FINANSOWANE Z INNYCH ŹRÓDEŁ NIŻ PFRON (np. sponsor, GOPS, MOPS)

tak, podać wysokość dofinansowania.....

nie

21. UZASADNIENIE CELU DOFINANSOWANIA

1) trudności w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego, takich jak: higiena osobista, przygotowanie posiłków , przemieszczanie w obrębie domu (np. pomiędzy kuchnią, pokojem, łazienką wejściem i wyjściem z domu).....

2) proszę wskazać czy podstawowe czynności dnia codziennego Wnioskodawca wykonuje samodzielnie, przy pomocy osoby drugiej, nie jest w stanie wykonywać tych czynności

3)jakiego rodzaju problemy z poruszaniem się występują

4) proszę uzasadnić w jaki sposób likwidacja barier architektonicznych wpłynie na zmianę sytuacji podanej w pkt. 1 i 2

22. OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW I LICZBIE OSÓB POZOSTAJĄCYCH WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM

Świadomy odpowiedzialności karnej przewidzianej w art.233 § 1 i 2 Kodeksu Karnego oświadczam, że miesięczny dochód netto na osobę w rodzinie za miesiąc poprzedzający złożenie wniosku

wynosił: liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

23. ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU		Dołączono do wniosku zaznaczyć właściwe – wypełnia PCPR
	Nazwa załącznika	
1.	Kserokopia ważnego orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego (oryginał do wglądu)	<input type="checkbox"/>
2.	Kserokopia ważnego orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą/ dzieckiem/ podopiecznym (oryginał do wglądu)	<input type="checkbox"/>
3.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka (oryginał do wglądu)	<input type="checkbox"/>
4.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – dotyczy opiekunów prawnych, lub pełnomocnictwo (oryginał do wglądu)	<input type="checkbox"/>
5.	Akt własności poparty aktualnym dokumentem stanowiącym o własności, umowa najmu, aktualny wypis z księgi wieczystej, wieczyste użytkowanie, zgoda właściciela budynku lub lokalu mieszkalnego	<input type="checkbox"/>
6.	Szkieł pomieszczeń, których dotyczy likwidacja barier architektonicznych z podaniem ich wymiarów, obecnego i projektowanego układu funkcjonalnego	<input type="checkbox"/>
24. ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO II ETAPU (załączniki te wnioskodawca dostarcza po otrzymaniu informacji o przyznaniu dofinansowania)		
1.	Kosztorys inwestorski	<input type="checkbox"/>
2.	Pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach)	<input type="checkbox"/>
3.	Przyjęte pełnomocnictwo inwestora zastępczego jeżeli Wnioskodawca takiego ustanowi	<input type="checkbox"/>

Oświadczam, że :

- 1) informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania (odpowiedzialność karna przewidziana w art. 233 § 1 i 2 Kodeksu Karnego),
- 2) posiadam środki własne na pokrycie wkładu własnego będącego uzupełnieniem dofinansowania,
- 3) jestem / nie jestem płatnikiem VAT (niepotrzebne skreślić),
- 4) w przypadku zmiany danych podanych we wniosku zobowiązuje się niezwłocznie o tym fakcie powiadomić PCPR ,
- 5) przyjmuję do wiadomości, iż złożenie niniejszego wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania,
- 6) przyjmuję do wiadomości, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed zawarciem umowy o dofinansowanie,
- 7) przyjmuję do wiadomości, że w przypadku znacznego niedoboru środków PFRON w stosunku do istniejących potrzeb procent dofinansowania określony jako maksymalny 95%, może zostać obniżony.

.....
data i podpis Wnioskodawcy

KLAUZULA INFORMACYJNA
DLA KLIENTÓW POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE W ŻYWCU

Na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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 zwane dalej „RODO”), informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Żywcu:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Żywcu, ul. Ks. Pr.St. Słonki 24, 34-300 Żywiec.
- 2.W sprawach związanych z Pani/a danymi można kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, e-mail iodo@pcpr-zywiec.pl.
- 3.Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu dofinansowania likwidacji barier architektonicznych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz rozporządzeń wykonawczych do tej ustawy.
- 4.Dane osobowe mogą być udostępniane innym podmiotom w celu prawidłowej realizacji zadań na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych lub instytucjom uprawnionym do przetwarzania danych osobowych na mocy przepisów prawa.
- 5.Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane w czasie określonym przepisami prawa oraz zgodnie z rzeczowym wykazem akt PCPR w Żywcu.
- 6.Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
- 7.Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony danych Osobowych, gdy stwierdzone zostanie, że dane osobowe są przetwarzane niezgodnie z przepisami prawa.
- 8.Przysługuje Pani/Panu prawo do:
 - a) dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO z zastrzeżeniem, że udostępnianie dane osobowe nie mogą ujawniać danych osób trzecich,
 - b) sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO,
 - c) żądania usunięcia danych po upływie okresu, o którym mowa w pkt. 5.
- 9.Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.
10. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem rozpatrzenia wniosku, przyznania dofinansowania i zawarcia umowy. W przypadku nie podania danych osobowych wniosek pozostanie bez rozpatrzenia.

Oświadczam, że zapoznałem się z powyższą informacją.

Dataczytelny podpis.....