

**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 urodzenia .....r.

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;"><b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały</b></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;"><b>ADRES ZAMELDOWANIA</b></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;"><b>DANE PERSONALNE</b></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;"><b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)</b></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 .....		
<b>4. ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE WNIOSKODAWCY/DZIECKA/ PODOPIECZNEGO</b>		
<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:	
<b>5. DODATKOWE KWALIFIKACJE WNIOSKODAWCY/DZIECKA/ PODOPIECZNEGO</b>		
<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 .....		
<b>6. SYTUACJA ZAWODOWA WNIOSKODAWCY/DZIECKA/PODOPIECZNEGO</b>		
<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: .....
<b>7. WNIOSKODAWCA/DZIECKO/PODOPIECZNY zamieszkuje</b>		
<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		
<b>8. SYTUACJA MIESZKANIOWA WNIOSKODAWCY/DZIECKA/PODOPIECZNEGO – opis budynku lub mieszkania w którym zamieszkuje</b>		
<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 na .....piętrze

<b>Opis budynku /mieszkania</b>		
Powierzchnia .....m <sup>2</sup>	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
<b>Łazienka wyposażona jest w :</b>	<input type="checkbox"/> wannę, <input type="checkbox"/> umywalkę	<input type="checkbox"/> prysznic z brodzikiem
<b>Budynek / mieszkanie wyposażone jest w :</b>		
<input type="checkbox"/> instalację wody zimnej <input type="checkbox"/> instalację wody ciepłej		
<input type="checkbox"/> kanalizację		
<input type="checkbox"/> ogrzewanie podać rodzaj ogrzewania .....		
<b>9. TYTUŁ PRAWNY DO BUDYNKU LUB LOKALU WNIOSKODAWCY/DZIECKA/PODOPIECZNEGO</b>		
<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.....		
<b>10. PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA</b>		
<b>11. MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA ( proszę wpisać adres ) .....</b>		
<b>12. TERMIN ROZPOCZĘCIA I PRZEWIDYWANY CZAS REALIZACJI ZADANIA .....</b>		
.....		
<b>13. WYKAZ BARIER, UTRUDNIEŃ WYSTĘPUJĄCYCH W MIESZKANIU, DOMU LUB JEGO NAJBLIŻSZYM OTOCZENIU DLA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ KTÓRE MAJĄ ZOSTAĆ ZLIKWIDOWANE W RAMACH DOFINANSOWANIA</b>		
.....		
.....		
.....		
<b>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 )</b>		
<b>Lp.</b>	<b>Zakres prac koniecznych do wykonania</b>	



**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 .....

<b>23. ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU</b>	
Nazwa załącznika	Dołączono do wniosku zaznaczyć właściwe – wypełnia PCPR
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. Szkic pomieszczeń, których dotyczy likwidacja barier architektonicznych z podaniem ich wymiarów, obecnego i projektowanego układu funkcjonalnego	<input type="checkbox"/>
<b>24. ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO II ETAPU</b> ( 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](mailto: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.

Data .....czytelny podpis.....