

nr wniosku

data złożenia wniosku

W N I O S E K
o dofinansowanie ze środków PFRON
likwidacji barier architektonicznych

I. Dane dotyczące Wnioskodawcy:

imię i nazwisko

urodzona/y dnia*

zamieszkała/y:

PESEL Nr telefonu **.....

Dane przedstawiciela ustawowego:***

Przedstawiciel ustawowy małoletniego, Opiekun prawny Pełnomocnik

imię i nazwisko

zamieszkały:

PESEL Nr telefonu **.....

II. Rodzaj niepełnosprawności*** (x)

Lp.	Dysfunkcja	
1.	Narządu ruchu – osoby poruszające się na wózku inwalidzkim lub po amputacji dłoni albo rąk	
2.	Narządu ruchu - o stopniu niepełnosprawności:	
a)	- znacznym	
b)	- umiarkowanym	
c)	- lekkim	
3.	Narządu wzroku - o stopniu niepełnosprawności:	
a)	- znacznym	
b)	- umiarkowanym	

X. Kwota wnioskowanego dofinansowania
co stanowi % ceny brutto.

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

XII. Deklarowany udział własny wnioskodawcy ponad obowiązkowe 5%:
.....

XIII. Inne źródła finansowania zadania (podać jakie i udokumentować)
.....

XIV. Czy wnioskodawca korzystał wcześniej z dofinansowania ze środków PFRON do likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych (*wstawić X we właściwej rubryce*)

TAK

NIE

XV. Informacja o kwotach przyznanych wcześniej ze środków PFRON

Lp.	Nr zawartej umowy	Cel dofinansowania	Data przyznania	Stan rozliczenia

XVI. Oświadczam że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

XVII. Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

Oświadczam, że:

1. Przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi..... zł

2. Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

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

*Informacja podana dobrowolnie.

** Podanie nr tel. nie jest obowiązkowe ale ułatwi kontakt z Wnioskodawcą.

*** Właściwe zaznaczyć.

Załączniki do wniosku:

Do I etapu:

1. Kopia orzeczenia lub wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub art. 62 ustawy, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998r.
2. Aktualne (wydane nie wcześniej niż na 3 miesiące przed datą złożenia wniosku) - zaświadczenie od lekarza specjalisty potwierdzające dysfunkcję narządu ruchu - **w przypadku osób dla których w/w dysfunkcja nie stanowi przyczyny wydania orzeczenia o niepełnosprawności,**
3. Aktualne (wydane nie wcześniej niż na 3 miesiące przed datą złożenia wniosku) zaświadczenie lekarskie – *załącznik nr 1 do wniosku* -wystawione przez lekarza okulistę potwierdzające, że osoba niepełnosprawna, której dotyczy wniosek jest osobą niewidomą albo ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 i /lub ma zwężenie pola widzenia poniżej 20stopni, a w przypadku osób niepełnosprawnych do 16 roku życia – ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,06 i/lub na zwężenie pola widzenia poniżej 30 stopni – **w przypadku osób dla których w/w dysfunkcja nie stanowi przyczyny wydania orzeczenia o niepełnosprawności.** -
4. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (własność, umowa najmu – akt notarialny) - oryginał do wglądu.

Do II etapu:

1. Zestawienie kosztów / kosztorys / projekt, pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach).
2. Zgoda właściciela budynku (w koniecznych przypadkach).

SUMA UZYSKANYCH PUNKTÓW	
--------------------------------	--

Uwaga:

W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzja, na podstawie której przyznano środki finansowe PFRON może zostać anulowana a Wnioskodawca będzie wówczas zobowiązany do zwrotu przekazanych przez PCPR środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, liczonymi od dnia przekazania dofinansowania przez PCPR.

Klauzula zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz szczególnych kategorii danych

(Wypełnij kiedy składasz wniosek we własnym imieniu)

1. Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie określonym we wniosku w sprawie dofinansowania:

.....
przez administratora danych Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Goleniowie, przy ul. Pocztowej 43, REGON 811768934, NIP 856-158-02-52 w celu realizacji wniosku o dofinansowanie:

.....
2. Zgodnie z art. 9 ust. 2 lit. a Rozporządzenia RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie szczególnych kategorii danych dotyczących mojej osoby w zakresie:

- Stanu zdrowia

-

przez administratora danych Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Goleniowie, przy ul. Pocztowej 43, REGON 811768934, NIP 856-158-02-52 w celu realizacji wniosku o dofinansowanie:

.....
3. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

.....
(data, czytelny podpis)

Klauzula informacyjna

1. Zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania dostępnych na stronie internetowej Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Goleniowie pod adresem pcpr.goleniow.ibip.pl. Oświadczam, że zostałem/zostałam poinformowany/a o przysługujących mi prawach w związku z przetwarzaniem przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Goleniowie moich danych osobowych zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia RODO.

2. Oświadczam, że wypełniłem/am obowiązki informacyjne dostępne na stronie internetowej Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Goleniowie pod adresem pcpr.goleniow.ibip.pl przewidziane w art. 13 oraz art. 14 Rozporządzenia RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o dofinansowanie:

.....
(data, podpis)

Klauzula zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz szczególnych kategorii danych osoby nie będącej właścicielem danych (osoby zależnej, dziecka, podopiecznego)

(Wypełnij kiedy składasz wniosek w imieniu dziecka lub podopiecznego)

1. Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego/mojej
(imię, nazwisko dziecka, osoby zależnej, podopiecznego/ej – stopień pokrewieństwa)
w zakresie określonym we wniosku w sprawie dofinansowania:
.....
przez administratora danych Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Goleniowie, przy ul. Pocztovej 43, REGON 811768934, NIP 856-158-02-52 w celu realizacji wniosku
o dofinansowanie:
2. Zgodnie z art. 9 ust. 2 lit. a Rozporządzenia RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie szczególnych kategorii danych mojego/mojej.....w zakresie:
(imię, nazwisko dziecka, osoby zależnej, podopiecznego/ej – stopień pokrewieństwa)
 - Stanu zdrowia
 -przez administratora danych Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Goleniowie, przy ul. Pocztovej 43, REGON 811768934, NIP 856-158-02-52 w celu realizacji wniosku
o dofinansowanie:
3. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

.....
(data, czytelny podpis)

Klauzula informacyjna

1. Zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania dostępnych na stronie internetowej Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Goleniowie pod adresem pcpr.goleniow.ibip.pl.
2. Oświadczam, że zostałem/zostałam poinformowany/a o przysługujących mi prawach w związku z przetwarzaniem przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Goleniowie moich danych osobowych zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia RODO.
3. Oświadczam, że wypełniłem/am obowiązki informacyjne dostępne na stronie internetowej Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Goleniowie pod adresem pcpr.goleniow.ibip.pl przewidziane w art. 13 oraz art. 14 Rozporządzenia RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o dofinansowanie:

.....
(data, podpis)

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych
- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

jednego oka

obydwu oczu

b) Pacjent ma zwężone pole widzenia: *nie dotyczy*

w oku lewym do: stopni

w oku prawym do: stopni

c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji): *nie dotyczy*

w oku lewym wynosi:

w oku prawym wynosi:

d) Pacjent jest osobą niewidomą:

tak nie

....., dnia

Miejscowość

.....

data, podpis, nr i pieczętka lekarza