

Data wpływu:  
Nr sprawy:

## WNIOSEK o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

### Część A – DANE WNIOSKODAWCY

#### ROLA WNIOSKODAWCY

| Nazwa pola                          | Do uzupełnienia   |
|-------------------------------------|---|
| <b>Wnioskodawca składa wniosek:</b> | <input type="checkbox"/> We własnym imieniu<br><input type="checkbox"/> Jako rodzic<br><input type="checkbox"/> Jako opiekun prawny<br><input type="checkbox"/> Jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego)<br><input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie<br><input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczonego notarialnie |
| <b>Postanowieniem Sądu:</b>         |   |
| <b>Z dnia:</b>                      |   |
| <b>Sygnatura akt:</b>               |   |
| <b>Imię i nazwisko notariusza:</b>  |   |
| <b>Repertorium nr:</b>              |   |
| <b>Zakres pełnomocnictwa:</b>       | <input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie<br><input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania<br><input type="checkbox"/> do zawarcia umowy<br><input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku<br><input type="checkbox"/> do złożenia wniosku<br><input type="checkbox"/> inne                                |

#### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

| Nazwa pola          | Wartość |
|---------------------|---------|
| <b>Imię:</b>        |         |
| <b>Drugie imię:</b> |         |

|                        |   |
|------------------------|---|
| <b>Nazwisko:</b>       |   |
| <b>PESEL:</b>          |   |
| <b>Data urodzenia:</b> |   |
| <b>Płeć:</b>           | <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta |

**ADRES ZAMIESZKANIA**

| Nazwa pola                  | Wartość  |
|-----------------------------|--|
| <b>Województwo:</b>         |  |
| <b>Powiat:</b>              |  |
| <b>Gmina:</b>               |  |
| <b>Miejscowość:</b>         |  |
| <b>Ulica:</b>               |  |
| <b>Nr domu:</b>             |  |
| <b>Nr lokalu:</b>           |  |
| <b>Kod pocztowy:</b>        |  |
| <b>Poczta:</b>              |  |
| <b>Rodzaj miejscowości:</b> | <input type="checkbox"/> miasto<br><input type="checkbox"/> wieś |
| <b>Nr telefonu:</b>         |  |
| <b>Adres e-mail:</b>        |  |

**ADRES KORESPONDENCYJNY** Taki sam jak adres zamieszkania

| Nazwa pola           | Wartość |
|----------------------|---------|
| <b>Województwo:</b>  |         |
| <b>Powiat:</b>       |         |
| <b>Gmina:</b>        |         |
| <b>Miejscowość:</b>  |         |
| <b>Ulica:</b>        |         |
| <b>Nr domu:</b>      |         |
| <b>Nr lokalu:</b>    |         |
| <b>Kod pocztowy:</b> |         |
| <b>Poczta:</b>       |         |

**DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**

| Nazwa pola   | Wartość |
|--------------|---------|
| <b>Imię:</b> |         |

|                        |   |
|------------------------|---|
| <b>Drugie imię:</b>    |   |
| <b>Nazwisko:</b>       |   |
| <b>PESEL:</b>          |   |
| <b>Data urodzenia:</b> |   |
| <b>Płeć:</b>           | <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta |

### ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

| Nazwa pola                  | Wartość  |
|-----------------------------|--|
| <b>Województwo:</b>         |  |
| <b>Powiat:</b>              |  |
| <b>Gmina:</b>               |  |
| <b>Miejscowość:</b>         |  |
| <b>Ulica:</b>               |  |
| <b>Nr domu:</b>             |  |
| <b>Nr lokalu:</b>           |  |
| <b>Kod pocztowy:</b>        |  |
| <b>Poczta:</b>              |  |
| <b>Nr telefonu:</b>         |  |
| <b>Adres e-mail:</b>        |  |
| <b>Rodzaj miejscowości:</b> | <input type="checkbox"/> miasto<br><input type="checkbox"/> wieś |

### STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

| Nazwa pola  | Wartość   |
|---|---|
| <b>Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:</b> | <input type="checkbox"/> tak<br><input type="checkbox"/> nie  |
| <b>Stopień niepełnosprawności:</b>  | <input type="checkbox"/> Znaczny<br><input type="checkbox"/> Umiarkowany<br><input type="checkbox"/> Lekki<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy  |
| <b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>                  | <input type="checkbox"/> bezterminowo<br><input type="checkbox"/> okresowo – do dnia: .....   |
| <b>Numer orzeczenia:</b>  |   |
| <b>Grupa inwalidzka:</b>  | <input type="checkbox"/> I grupa<br><input type="checkbox"/> II grupa<br><input type="checkbox"/> III grupa<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy |

|  |  |
|--|--|
| <b>Niezdolność:</b>  | <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji<br><input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny<br><input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy<br><input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy<br><input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy  |
| <b>Rodzaj niepełnosprawności:</b>  | <input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe<br><input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne<br><input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu<br><input type="checkbox"/> osoba głucha<br><input type="checkbox"/> osoba głuchoniema<br><input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku<br><input type="checkbox"/> osoba niewidoma<br><input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma<br><input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu<br><input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego<br><input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych<br><input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja<br><input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia<br><input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego<br><input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego<br><input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne<br><input type="checkbox"/> 11-I – inne<br><input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe |
| <b>Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:</b> | <input type="checkbox"/> tak<br><input type="checkbox"/> nie   |
| <b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>   | <input type="checkbox"/> 2 przyczyny<br><input type="checkbox"/> 3 przyczyny   |

## ŚREDNI DOCHÓD

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

indywidualne    wspólne

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:**

.....

**Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:**

.....

**w tym liczba osób niepełnosprawnych:**

.....

### KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych ze środków finansowych PFRON:

- nie korzystałem  
 korzystałem

### CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

| Cel dofinansowania | Nr umowy | Data zawarcia umowy | Kwota dofinansowania | Stan rozliczenia |
|--------------------|----------|---------------------|----------------------|------------------|
|                    |          |                     |                      |                  |
|                    |          |                     |                      |                  |
|                    |          |                     |                      |                  |

### Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

#### PRZEDMIOT WNIOSKU

| Nazwa pola   | Wartość |
|--|---------|
| Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:                     |         |
| Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):<br>Słownie:            |         |
| Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:<br>Słownie:     |         |
| co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania: |         |
| Deklarowane środki własne:   |         |

|   |  |
|---|--|
| <b>Inne źródła finansowania:</b>          |  |
| <b>Cel dofinansowania i uzasadnienie:</b> |  |

### WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER

| Nazwa pola   | Wartość |
|--|---------|
| <b>Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:</b> |         |
| <b>Miejsce realizacji zadania:</b>   |         |
| <b>Termin rozpoczęcia:</b>   |         |
| <b>Przewidywany czas realizacji:</b>   |         |

### OPIS PONIESIONYCH NAKŁADÓW

Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania

.....

### FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

| Nazwa pola                                 | Wartość |
|--|---------|
| <b>Właściciel konta (imię i nazwisko):</b> |         |
| <b>Nazwa banku:</b>                        |         |
| <b>Nr rachunku bankowego:</b>              |         |

- W kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)
- Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

### OPIS BUDYNKU I MIESZKANIA

| Nazwa pola      | Wartość   |
|-----------------|---|
| <b>Budynek:</b> | <input type="checkbox"/> dom jednorodzinny,<br><input type="checkbox"/> wielorodzinny prywatny,<br><input type="checkbox"/> wielorodzinny komunalny,<br><input type="checkbox"/> wielorodzinny spółdzielczy |

|  |  |
|--|--|
| <b>Ilość pięter:</b>                               | <input type="checkbox"/> budynek parterowy,<br><input type="checkbox"/> piętrowy,<br><input type="checkbox"/> mieszkanie na piętrze<br>(którym?): .....  |
| <b>Przybliżony wiek budynku lub rok budowy:</b>    |  |
| <b>Liczba pokoi:</b>                               | .....<br><input type="checkbox"/> + kuchnia,<br><input type="checkbox"/> + łazienka,<br><input type="checkbox"/> + wc  |
| <b>Łazienka jest wyposażona w:</b>                 | <input type="checkbox"/> wannę,<br><input type="checkbox"/> brodzik,<br><input type="checkbox"/> kabinę prysznicową,<br><input type="checkbox"/> umywalkę  |
| <b>W mieszkaniu jest:</b>                          | <input type="checkbox"/> instalacja wody zimnej,<br><input type="checkbox"/> ciepłej,<br><input type="checkbox"/> kanalizacja,<br><input type="checkbox"/> centralne ogrzewanie,<br><input type="checkbox"/> prąd,<br><input type="checkbox"/> gaz |
| <b>Inne informacje o warunkach mieszkaniowych:</b> |  |

### SYTUACJA ZAWODOWA

- Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
- Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
- Bezrobotny poszukujący pracy
- Rencista poszukujący pracy
- Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
- Dzieci i młodzież do lat 18
- Inne / jakie?

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wyniósł: ..... zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: .....

**Upředzony/upředzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Przepisy wprowadzające Kodeks karny - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

Wniosek, Rehabilitacja społeczna – Likwidacja barier architektonicznych  
Oświadczam ze zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO.

#### Klauzula RODO

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

#### Tożsamość administratora

Administratorem Państwa danych osobowych jest powiat, do którego składany jest wniosek o dofinansowanie.

#### Dane kontaktowe administratora

Z administratorem można skontaktować się za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej, a także telefonicznie. Dane kontaktowe administratora podane są na jego stronie internetowej.

#### Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z  
Strona 8 z 10

#### Wniosek , Rehabilitacja społeczna – Likwidacja barier architektonicznych

przetwarzaniem. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych podane są na stronie internetowej administratora.

#### Cele przetwarzania

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz – w przypadkach tego wymagających – zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń.

#### Podstawa prawna przetwarzania

RODO - rozporządzenie 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, zwane dalej „RODO”.

Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych zwykłych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz e RODO, a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f RODO.

#### Okres, przez który dane będą przechowywane

Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi u administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane do czasu zakończenia postępowania.

#### Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe

Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, pocztowe, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych.

#### Prawa podmiotów danych

##### Przysługuje Państwu prawo:

- 1) na podstawie art. 15 RODO – prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,
- 2) na podstawie art. 16 RODO – prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych,
- 3) na podstawie art. 17 RODO – prawo do usunięcia danych osobowych,
- 4) na podstawie art. 18 RODO – prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,
- 5) na podstawie art. 20 RODO – prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
- 6) art. 21 RODO – prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora.

#### Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa, na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora.

Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych

Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.

| Miejscowość | Data | Podpis Wnioskodawcy |
|-------------|------|---------------------|
|             |      |                     |



## **ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

| <b>Lp.</b> | <b>Plik</b>  |
|------------|--|
| 1.         | Kopia orzeczenia, o którym mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.  |
| 2.         | Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia (wydane nie wcześniej niż 90 dni przed dniem złożenia wniosku).   |
| 3.         | Kopia dokumentu potwierdzającego własność lokalu, bądź użytkowania wieczystego bądź zgoda właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego, w którym stałe zamieszkuje osoba z niepełnosprawnościami. |
| 4.         | Zgoda spółdzielni mieszkaniowej na przystosowanie lokalu (o ile dotyczy).  |
| 5.         | Kopia pełnomocnictwa w sytuacji złożenia wniosku przez opiekuna prawnego bądź pełnomocnika osoby z niepełnosprawnościami.  |