



Data wpływu.....

Nr wniosku PFRON/...../..... /..... / 2021

**WNIOSEK
O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU
REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH LIKWIDACJI BARIER
ARCHITEKTONICZNYCH**

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub jej pełnomocnik, a w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun
prawny, proszę wypełnić czytelnie, drukowanymi literami)

**1. DANE WNIOSKODAWCY (RODZICA, OPIEKUNA PRAWNEGO, PEŁNOMOCNIKA OSOBY
UBEZWŁASNOWIONEJ)**

Imię i nazwisko:

PESEL Dow. osob. Seria..... Nr

ADRES ZAMELDOWANIA

ADRES ZAMIESZKANIA

Ulica/nr domu/mieszkania Ulica/nr domu/mieszkania.....

Kod-..... Miejscowość Kod-..... Miejscowość

Telefon e-mail

Opiekun prawny* - ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia

sygnatura akt

Pełnomocnik* - na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza

dnia nr repertorium

2. DANE DZIECKA, PODOPIECZNEGO, OSOBY UBEZWŁASNOWIONEJ

Imię i nazwisko:

PESEL Dow. osob. Seria..... Nr

ADRES ZAMELDOWANIA

ADRES ZAMIESZKANIA

Ulica/nr domu/mieszkania Ulica/nr domu/mieszkania.....

Kod-..... Miejscowość Kod-..... Miejscowość

Telefon

3. Posiadane orzeczenie**

- stopień Znaczny / I Gr. / całkowicie niezdolny do pracy i samodzielnej egzystencji
- stopień Umiarkowany / II Gr. / całkowicie niezdolny do pracy
- stopień Lekki / III Gr. / częściowo niezdolny do pracy
- niepełnosprawności osoby do 16 roku życia

4. Rodzaj ograniczenia sprawności Wnioskodawcy (wstawić znak X we właściwej rubryce)

1. osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim	
2. osoba poruszająca się przy pomocy balkoniku	
3. osoba poruszająca się przy pomocy dwóch kul	
4. osoba poruszająca się przy pomocy jednej kuli lub laski	
5. osoba poruszająca się bez pomocy przedmiotów ortopedycznych	
6. osoba nie poruszająca się w jakikolwiek sposób – osoba całkowicie leżąca	
7. osoba niewidoma	
8. osoba niedowidząca	
9. inne (jakie)	

6. Sytuacja zawodowa (wstawić znak X we właściwej rubryce)

1. zatrudniony/ prowadzący działalność gospodarczą	
2. młodzież w wieku od 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca	
3. bezrobotny poszukujący pracy/ rencista poszukujący pracy	
4. rencista/ emeryt, nie zainteresowany podjęciem pracy	
5. Dzieci i młodzież do lat 18	

7. Sytuacja rodzinna Wnioskodawcy (wstawić znak X we właściwej rubryce)

1. osoba mieszkająca samotnie	
2. osoba zamieszkująca wyłącznie z niepełnosprawnym małżonkiem lub opiekunem lub niepełnosprawnymi członkami rodziny	
3. osoba zamieszkująca z pełnosprawnymi i niepełnosprawnymi członkami rodziny	
4. osoba zamieszkująca tylko z pełnosprawnymi członkami rodziny	

8. Ilość osób niepełnosprawnych zamieszkujących z Wnioskodawcą i rodzaj niepełnosprawności

L.p.	Stopień pokrewieństwa wobec Wnioskodawcy	Wiek	Rodzaj niepełnosprawności

9. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON w okresie 3 lat wstecz

Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON				Tak:	Nie:
Nr i data zawarcia umowy	Kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	Źródło (PFRON, PCPR PUP)

10. Sytuacja mieszkaniowa- warunki mieszkaniowe *Opis budynku i mieszkania (proszę podkreślić właściwą odpowiedź)*

1. dom jednorodzinny, wielorodzinny prywatny, wielorodzinny komunalny, wielorodzinny spółdzielczy, inne

.....,

2. budynek parterowy, piętrowy, mieszkanie napiętrze,

3. budynek posiada / nie posiada windę,

4. przybliżony wiek budynku lub rok budowy,

5. opis mieszkania: pokoje (liczba), z kuchnią, bez kuchni, z łazienką, bez łazienki, z wc, bez wc,

6. drzwi w mieszkaniu dostosowane do potrzeb osób na wózku tak/nie

7. łazienka jest wyposażona w wannę, brodzik, kabinę prysznicową, umywalkę,

8. w mieszkaniu jest instalacja wody zimnej, ciepłej, kanalizacja, centralne ogrzewanie, prąd, gaz,

9. inne informacje o warunkach mieszkaniowych

.....

.....

.....

11. Przedmiot dofinansowania oraz wykaz planowanych zakupów w celu likwidacji barier architektonicznych

(Wnioskodawca dokonuje rozpoznania we własnym zakresie cen zakupu sprzętów, urządzeń i materiałów oraz kosztów robocizny, wykonania usługi, montażu i dostawy, związanych z likwidacją bariery)

.....

.....

.....

12. Wnioskowana kwota dofinansowania
(do 95 % całości zadania)

13. Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania:

.....

.....

14. Właściciel budynku/ lokalu, w którym ma zostać zlikwidowana bariera architektoniczna:

.....

15. Oświadczenia:

- a) Oświadczam, iż nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz że nie byłam/em w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
- b) Oświadczam, że posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach zadania (min. 5%).
- c) Oświadczam, że poinformowano mnie, iż złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania oraz, że wniosek złożony w 2021 nie przechodzi na rok następny.
- d) Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i § 6 kk. w zw. z art. 75 § 2 i art. 83 § 3 kpa. za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku zostały podane zgodnie z prawdą. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni

Na podstawie 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 Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Chojnicach informuje, że

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Chojnicach przy ul. Piłsudskiego 30, zwany dalej Administratorem.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym może się Pani/Pan skontaktować telefonicznie – tel.604-080-935 lub poprzez e-mail:inspektor25052018@gmail.com we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu wykonywania zadań Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Chojnicach, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
4. Przetwarzanie Pani/Pana danych jest niezbędne do wypełniania obowiązku prawnego, wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą przed zawarciem umowy, jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi. Podstawą przetwarzania danych osobowych może być również zgoda.
5. Podanie danych jest wymogiem ustawowym, nie podanie danych skutkuje pozostawieniem sprawy bez rozpatrzenia i jest niezbędne do zawarcia umowy, w przypadku niepodania danych niemożliwe jej zawarcie.
6. Posiada Pani/Pan prawo do:
 - żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
 - wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania,
 - przenoszenia danych,
 - wniesienia skargi do organu nadzorczego,
 - cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych.
7. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

8. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z jednolitym rzeczowym wykazem akt.

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych zgodnej z RODO

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy z siedzibą w Chojnicach ul. Piłsudskiego 30 w celu uzyskania dofinansowania ze środków PFRON .
2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
3. 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.

.....

data

.....

czytelny podpis Wnioskodawcy

* w określonych przypadkach

** właściwe podkreślić

Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenie o stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy na podstawie odrębnych przepisów lub o niepełnosprawności, wydanym przed ukończeniem 16 roku życia lub o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów, dotyczącego niepełnosprawności lub też o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r., (**oryginał do wglądu**).
2. Kopia orzeczenie o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z Wnioskodawcą (jeżeli osoby takie orzeczenia posiadają).
3. Oświadczenie o dochodach (netto) wszystkich osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym obliczonych za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (załącznik Nr 1).
4. Zaświadczenie lekarskie wystawione w ciągu 3 miesięcy przed dniem złożenia wniosku potwierdzające rodzaj niepełnosprawności, aktualny stan zdrowia oraz zasadność wnioskowanego przedsięwzięcia (załącznik Nr 2),
5. Kopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – dotyczy opiekuna prawnego.
6. Kopia aktu notarialnego lub umowy najmu.
7. Pisemna zgoda właściciela budynku lub lokalu mieszkalnego, jeżeli osoba niepełnosprawna nie jest właścicielem lokalu lub budynku, a w którym stale zamieszkuje.
8. Dokumentację techniczną:
 - szkic stanu istniejącego lub projekt techniczny (w koniecznych przypadkach)
 - szkic po zmianach lub projekt techniczny (w koniecznych przypadkach)

**Oświadczenie Wnioskodawcy o wysokości dochodów i liczbie osób
pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym**

dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Chojnicach celem otrzymania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pod adresem zamieszkują następujące osoby:

L.p.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa wobec Wnioskodawcy	Źródło dochodu	Przeciętna miesięczna wysokość dochodu w kwartale poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku
		WNIOSKODAWCA		
			Razem	

Oświadczam, że:

- Przeciętny miesięczny dochód rodziny pomniejszony o należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowych i chorobowego, składki na ubezpieczenie zdrowotne, kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku o dofinansowanie przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wyniósł złgr.
- Świadomy odpowiedzialności karnej (art. 233 § 1 kk) za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu podane zostały zgodnie z prawdą. Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., data/...../20..... r.

.....
(podpis Wnioskodawcy
/przedstawiciela ustawowego)

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiego)

.....
(Miejscowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(załącznik do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON do likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej)

Imię i nazwisko

Data urodzenia..... PESEL

Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (w języku polskim) :

.....
.....

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną niepełnosprawności:

.....
.....

3. Uszkodzenia innych narządów oraz choroby współistniejące:

.....
.....

4. Niepełnosprawność dotyczy (zakreślić właściwe):

- brak lub niedowład kończyn/y górnych/ej
- brak lub niedowład kończyn/y dolnych/ej
- jednoczesna dysfunkcja kończyn/y górnej i dolnej
- dysfunkcja narządu wzroku, w zakresie

.....
.....

inne:

5. Zdolność poruszania się (zaznaczyć właściwe):

- samodzielnie za pomocą kuli/kul za pomocą balkoniku na wózku inwalidzkim
- osoba całkowicie leżąca za pomocą białej laski z pomocą opiekuna

6. Czy i w jakim zakresie, w związku z istniejącą niepełnosprawnością osoba wymaga likwidacji barier architektonicznych*

TAK

Szczegółowe uzasadnienie

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NIE

.....
Pieczęć i podpis lekarza

**Zasady udzielania osobie niepełnosprawnej dofinansowania ze środków finansowych Państwowego
Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na likwidację
barier architektonicznych**

**Wnioski przyjmowane są od 15.01.2021 r. w siedzibie PCPR Chojnice ul. Piłsudskiego 30
I piętro pokój 120**

**Druki wniosków dostępne również na stronie www.pcpr.infochojnice.pl (zakładka pobierz: wnioski –
rehabilitacja społeczna)**

Ze środków PFRON mogą być dofinansowane zadania mające na celu likwidację barier architektonicznych. Przez bariery architektoniczne należy rozumieć wszelkie utrudnienia występujące w budynku mieszkalnym osoby niepełnosprawnej oraz w jego najbliższym otoczeniu, które ze względu na rozwiązania techniczne, konstrukcyjne lub warunki użytkowania uniemożliwiają lub utrudniają swobodę ruchu osobom niepełnosprawnym.

O dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych mogą ubiegać się osoby fizyczne (w tym małoletnie), które spełniają następujące warunki:

- a) posiadają orzeczenie o **znacznym lub umiarkowanym** stopniu niepełnosprawności (bądź też równoważne z nimi), lub w przypadku dzieci i młodzieży w wieku do lat 16 – orzeczenie o niepełnosprawności
- b) rodzaj ich niepełnosprawności wskazuje na dysfunkcje narządu ruchu, potwierdzony aktualnym, ważnym 3 miesiące od daty wystawienia zaświadczeniem lekarskim
- c) posiadają zgodę właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego – jeśli taka zgoda jest potrzebna
- d) posiadają stałe miejsce zamieszkania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych

WYKAZ URZĄDZEŃ, WYPOSAŻENIA, MATERIAŁÓW BUDOWLANYCH, ROBÓT LUB INNYCH CZYNNOŚCI Z ZAKRESU LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH:

- a) budowę pochylni i dojścia do budynku mieszkalnego, zapewniającego osobom niepełnosprawnym samodzielny dostęp do lokalu – maksymalne dofinansowanie do 10.000 zł
- b) zakup i montaż: podnośnika, platformy schodowej, transportera schodowego, windy przyściennej, innych urządzeń do transportu pionowego – maksymalne dofinansowanie do 23.750 zł
- d) roboty polegające na:
 - likwidacji progów w miarę konieczności wymiana stolarki drzwiowej
 - likwidacji zróżnicowania poziomu podłogi.
- e) Przystosowanie drzwi:
 - zakup i montaż drzwi wejściowych o szerokości w świetle ościeżnicy co najmniej 90 cm, pozostałych co najmniej 80 cm,
 - zakup i montaż drzwi przesuwanych,
 - zakup i zamontowanie systemu otwierania drzwi w tym balkonowych przyciskiem (dla wnioskodawców o niesprawnych rękach),
 - zakup i montaż okuć do drzwi balkonowych i okien. umożliwiające ich samodzielną obsługę przez osobę poruszającą się na wózku inwalidzkim
- f) wymianę wykładziny podłogowej (w miarę konieczności z podłożem, jeżeli stwarza trudności w poruszaniu) – maksymalne dofinansowanie do 2.850 zł
- g) dostosowanie łazienki do indywidualnych potrzeb wnioskodawcy po przez zmianę urządzeń związanych z poprawą funkcjonowania osoby niepełnosprawnej korzystającej z łazienki – maksymalne dofinansowanie do 5.000 zł

- h) zamianę lokalu mieszkalnego na lokal mieszkalny bez barier architektonicznych w przypadku gdy likwidacja barier w dotychczasowym lokalu jest niemożliwa ze względów technicznych lub koszty likwidacji barier byłyby wyższe niż koszty zamiany lokalu. – maksymalne dofinansowanie do 7.600 zł

Dofinansowanie ze środków PFRON w ramach likwidacji bariery architektonicznej, nie obejmuje:

- a) budowy łazienki;
- b) adaptacji pomieszczeń z przeznaczeniem na łazienkę lub pokoju dla osoby niepełnosprawnej
- c) prace wykończeniowe w budynku mieszkalnym, który został wybudowany kiedy osoba wnioskująca posiadała orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności i miała znaczne problemy w poruszaniu się;
- d) budowa schowka z przeznaczeniem na garaż dla wózka inwalidzkiego
- e) Nie udziela się dofinansowania osobom niepełnosprawnym, całkowicie leżącym, nie poruszającym się w jakikolwiek sposób

Wysokość dofinansowania

- 1. Wysokość dofinansowania wynosi do 95 % wartości realizowanego zadania. **Wnioskodawca zobowiązany jest do zadeklarowania udziału środków własnych w wysokości stanowiącej minimum 5% wartości realizowanego zadania.**
- 2. Dofinansowanie na likwidację barier w lokalu mieszkalnym wnioskodawcy może być udzielone **raz na trzy lata kalendarzowe.**
- 3. Wnioskodawca, który otrzymał dofinansowanie na likwidację barier może wystąpić ponownie o udzielenie dofinansowania, ale wniosek nie może dotyczyć urządzeń, robót i czynności, których zakup, montaż lub wykonanie były poprzednio objęte dofinansowaniem.

Od odmowy o przyznaniu dofinansowania Wnioskodawcy nie przysługuje odwołanie w rozumieniu przepisów kpa.

Procedury dotyczące przyznawania dofinansowania likwidacji barier architektonicznych

- 1. Podstawę dofinansowania stanowi umowa zawarta przed zakupem sprzętów lub wykonaniem prac, pomiędzy PCPR a Wnioskodawcą
- 2. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie
- 3. W przypadku likwidacji bariery architektonicznej istnieje konieczność przeprowadzenia wizji lokalnej w miejscu likwidacji bariery (dotyczy to wniosków, które zostały zaopiniowane pozytywnie). PCPR telefonicznie lub listownie informuje Wnioskodawcę o terminie jej przeprowadzenia.
- 4. W wyznaczonym terminie Wnioskodawca zobowiązany jest stawić się z dowodem osobistym do siedziby PCPR w celu podpisania umowy. Wnioskodawca podpisuje umowę osobiście.
- 5. W celu końcowego rozliczenia umowy Wnioskodawca zobowiązany jest dostarczyć do PCPR oryginały faktur za zakupiony sprzęt i wykonane prace.
- 6. Po udokumentowaniu wydatkowania środków własnych Wnioskodawcy, środki finansowe zostaną przekazane na wskazane przez Wnioskodawcę konto osobiste lub konto wykonawcy.
- 7. Procedurę kończy odbiór wykonanego zadania w miejscu zamieszkania Wnioskodawcy i porównania z deklarowanym zakresem robót.

W przypadku śmierci Wnioskodawcy wniosek nie podlega dalszemu rozpatrzeniu.

Przyjmuję do wiadomości powyższe zasady i procedury oraz informację, że niniejszy wniosek złożony w dniu.....zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i uchwaleniu planu finansowego na 2021 rok przez Radę Powiatu Chojnickiego.

.....
Podpis Wnioskodawcy