

Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

WNIOSEK

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

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	☐ mężczyzna ☐ kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto ☐ wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES KORESPONDENCYJNY☐ Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	☐ mężczyzna ☐ kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto ☐ wieś

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	☐ tak ☐ nie
Stopień niepełnosprawności:	☐ Znaczny ☐ Umiarkowany ☐ Lekki ☐ Nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	☐ bezterminowo ☐ okresowo – do dnia:
Numer orzeczenia:	
Grupa inwalidzka:	☐ I grupa ☐ II grupa ☐ III grupa ☐ nie dotyczy
Niezdolność:	☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji ☐ Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny ☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy ☐ Osoby częściowo niezdolne do pracy ☐ Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym ☐ Nie dotyczy
Rodzaj niepełnosprawności:	☐ 01-U – upośledzenie umysłowe ☐ 02-P – choroby psychiczne ☐ 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu ☐ osoba głucha ☐ osoba głuchoniema ☐ 04-O – narząd wzroku ☐ osoba niewidoma ☐ osoba głuchoniewidoma ☐ 05-R – narząd ruchu ☐ wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego ☐ dysfunkcja obu kończyn górnych ☐ 06-E – epilepsja ☐ 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia ☐ 08-T – choroby układu pokarmowego ☐ 09-M – choroby układu moczowo-płciowego ☐ 10-N – choroby neurologiczne ☐ 11-I – inne ☐ 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

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:	☐ tak ☐ nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	☐ 2 przyczyny ☐ 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 w ciągu 3 ostatnich lat

☐ nie korzystałem
☐ korzystałem

CELE WYKORZYSTANIA wcześniej OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

PRZEDMIOT WNIOSKU

Przedmiot wniosku	
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%)	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON do 95%	
Deklarowane środki własne	
Inne źródła dofinansowania	
Uzasadnienie potrzeby likwidacji bariery	

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

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji bariery:	
Miejsce realizacji zadania:	
Termin rozpoczęcia:	
Przewidywany czas realizacji:	

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	Do uzupełnienia
Właściciel konta (imię i nazwisko):	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

☐ Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

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, wynosił: zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

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:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Chojnicach przy ul. Piłsudskiego 30, zwany dalej Administratorem.

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.

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu wykonywania zadań Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Chojnicach, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

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.

Podanie danych jest wymogiem ustawowym, nie podanie danych skutkuje pozostawienie sprawy bez rozpatrzenia i jest niezbędne do zawarcia umowy, w przypadku niepodania danych niemożliwe jej zawarcie.

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.

Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

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

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych zgodnie 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.

Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) - 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.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

Lista załączników do wniosku:

1. Kopia orzeczenie o stopniu niepełnosprawności albo kopia orzeczenia równoważnego lub o niepełnosprawności, wydanym przed ukończeniem 16 roku życia.
2. Zaświadczenie lekarskie wystawione w ciągu 3 miesięcy przed dniem złożenia wniosku potwierdzające rodzaj niepełnosprawności, aktualny stan zdrowia oraz zasadność zakupu wnioskowanego sprzętu (załącznik Nr 1).
3. Kopia dokumentu stwierdzającego opiekę prawną nad podopiecznym (dotyczy opiekuna prawnego).

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(załącznik do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON do likwidacji barier technicznych)

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej :

.....
.....

2. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:

.....

3. Rodzaj niepełnosprawności (zakreślić właściwe):

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim ☐

2. dysfunkcja narządu ruchu bez konieczności poruszania się na wózku inwalidzkim

☐

3. wrodzony brak lub amputacja kończyn ☐

4. inna dysfunkcja narządu ruchu ☐

5. dysfunkcja narządu wzroku ☐

6. dysfunkcja narządu słuchu ☐

7. dysfunkcja narządu mowy ☐

8. inne schorzenia (jakie?) ☐

.....

4. Używane zaopatrzenie ortopedyczne (np. wózek inwalidzki, kula, proteza, balkonik, proteza kończyn, gorset ortopedyczny, inne):

.....

5. Wskazany sprzęt ograniczający skutki niepełnosprawności lub ułatwiający codzienne funkcjonowanie:

.....
Data (pieczęć i podpis lekarza)

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

Wnioski przyjmowane są od 15.01.2026 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 może być dofinansowany zakup urządzeń i sprzętu, mającego na celu likwidację barier technicznych. Przez bariery techniczne należy rozumieć bariery utrudniające lub uniemożliwiające osobie niepełnosprawnej funkcjonowanie społeczne. Likwidacja tej bariery powinna powodować sprawniejsze działanie takiej osoby w społeczeństwie i umożliwić jej funkcjonowanie w życiu codziennym.

O dofinansowanie likwidacji barier technicznych 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, które dotknięte są trwałym naruszeniem sprawności organizmu, potwierdzonym aktualnym, ważnym 3 miesiące od daty wystawienia zaświadczeniem lekarskim.

WYKAZ SPRZĘTÓW Z ZAKRESU LIKWIDACJI BARIER TECHNICZNYCH:

- a) zakup transporterów schodowych, schodolazów i innych urządzeń służących do przemieszczania się osób niepełnosprawnych, nie przytwierdzone do podłoża - maksymalne dofinansowanie do 12.000 zł
- b) zakup podnośników wannowych, sufitowych – maksymalne dofinansowanie do 3.500 zł
- c) zakup i montaż poręczy, uchwytów w ciągach komunikacyjnych oraz uchwytów ułatwiających korzystanie z urządzeń sanitarnych - maksymalne dofinansowanie do 500 zł
- d) zakup pompy insulinowej – maksymalne dofinansowanie do 8.000 zł
- e) zakup:
 - krzeselka toaletowego - maksymalne dofinansowanie do 400 zł;
 - siedziska wannowego - maksymalne dofinansowanie do 200 zł
 - nakładki na sedes - maksymalne dofinansowanie do 200 zł;
 - foteli i wózków prysznicowych - maksymalne dofinansowanie do 500 zł;
- f) zakup łóżka ortopedycznego z wyposażeniem - maksymalne dofinansowanie do 3.500 zł
- g) zakup koncentratora tlenu - maksymalne dofinansowanie do 3.000 zł
- h) zakup inhalatora, nebulizatora - maksymalne dofinansowanie do 300 zł
- i) zakup roweru rehabilitacyjnego trójkołowego lub roweru typu tandem – maksymalne dofinansowanie do 2.000 zł
- j) inne urządzenia wg indywidualnych potrzeb, mające na celu ułatwienie codziennego funkcjonowania osoby niepełnosprawnej

Dofinansowaniu ze środków PFRON nie podlega sprzęt AGD.

Zakupiony w ramach likwidacji barier technicznych sprzęt musi być fabrycznie nowy oraz posiadać gwarancję.

Wysokość dofinansowania

1. Wysokość dofinansowania wynosi do 95 % wartości realizowanego zadania.
2. Dofinansowanie na likwidację barier technicznych wnioskodawcy może być udzielone raz na trzy lata kalendarzowe.
3. **Wnioskodawca zobowiązany jest do zadeklarowania udziału środków własnych w wysokości stanowiącej minimum 5% wartości realizowanego zadania.**

Procedura dotycząca przyznawania dofinansowania likwidacji barier technicznych

1. Podstawę dofinansowania stanowi umowa zawarta **przed zakupem** sprzętu pomiędzy PCPR a Wnioskodawcą.
2. Dofinansowanie likwidacji barier technicznych nie przysługuje osobom niepełnosprawnym, które w ciągu trzech lat przed złożeniem uzyskały odpowiednio na te cele dofinansowanie ze środków PFRON.
3. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie.
4. W wyznaczonym terminie Wnioskodawca zobowiązany jest stawić się z dowodem osobistym do siedziby PCPR w celu podpisania umowy. **Wnioskodawca podpisuje umowę osobiście.**
5. Po podpisaniu umowy Wnioskodawca dokonuje zakupu sprzętu wpłacając udział własny i w wyznaczonym terminie jest zobowiązany dostarczyć oryginał faktury i dowód wpłaty do siedziby PCPR.
6. PCPR po weryfikacji faktur przekazuje (nie później niż) w ciągu 14 dni środki finansowe stanowiące dofinansowanie zadania na wskazane przez Wnioskodawcę konto własne lub konto wystawcy faktury.
7. PCPR ma prawo w ciągu trzech lat po podpisaniu umowy do kontroli zakupionego sprzętu.
8. **W przypadku śmierci Wnioskodawcy wniosek nie podlega dalszemu rozpatrywaniu, a zawarta umowa wygasa.**

Przyjmuję do wiadomości powyższą procedurę 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 2026 rok przez Radę Powiatu Chojnickiego.

.....
Podpis Wnioskodawcy