

.....  
(data wpływu wniosku)

## WNIOSEK

### **O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH DO LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH**

#### DANE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ WNIOSKODAWCY

(proszę wypełnić czytelnie, drukowanymi literami)

.....  
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

PESEL | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

data urodzenia.....

**Miejsce zamieszkania:**

Miejscowość.....ulica.....nr domu.....nr lokalu.....

Nr kodu ..... poczta ..... gmina .....

powiat..... nr telefonu kontaktowego.....

e-mail: .....

**I. Rodzaj posiadanego orzeczenia<sup>1</sup>:**

Znaczny stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne	
Umiarkowany stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne	
Lekki stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne	
Orzeczenie o niepełnosprawności (osoby do 16 roku życia)	

**II. Rodzaj niepełnosprawności<sup>1</sup>:**

Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
Inna dysfunkcja narządu ruchu	
Dysfunkcja narządu wzroku	
Dysfunkcja narządu słuchu	
Dysfunkcja narządu mowy	
Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
Niepełnosprawność sprzężona (wielonarządowa)	
Inna dysfunkcja (jaka?).....	

<sup>1</sup> Wstawić **X** we właściwej rubryce

### III. Sytuacja zawodowa <sup>2</sup>:

Zatrudniony, prowadzący działalność gospodarczą	
Bezrobotny poszukujący pracy	
Rencista poszukujący pracy	
Rencista, emeryt niezainteresowany podjęciem pracy	
Dzieci i młodzież do 18 roku życia	
Uczeń, student po 18 roku życia uczący się lub studiujący	
Inna (jaka?): .....	

### IV. Informacje o Wnioskodawcy:

1. Wykształcenie \* : brak, podstawowe, gimnazjalne, zawodowe, średnie ogólnokształcące, średnie zawodowe, policealne, wyższe zawodowe (licencyjne), wyższe magisterskie.

2. Rodzaj źródła utrzymania \* : wynagrodzenie za pracę, przychody z działalności gospodarczej, renta inwalidzka, renta rodzinna, renta socjalna, emerytura, zasiłek z pomocy społecznej, zasiłek dla bezrobotnych, stypendium, alimenty, inne (jakie?) .....

### V. Opis budynku i mieszkania:

1. Opis budynku \* : dom jednorodzinny, wielorodzinny prywatny, wielorodzinny komunalny, wielorodzinny spółdzielczy, inne....., budynek parterowy, piętrowy, mieszkanie na .....kondygnacji, przybliżony rok budowy .....

2. Opis mieszkania \* : pokoje (ile?) ....., z kuchnią, bez kuchni, z łazienką, bez łazienki, z WC, bez WC,

3. Łazienka posiada \* : wannę, brodzik, kabinę prysznicową, umywalkę, WC.

4. W mieszkaniu jest \* : instalacja wody zimnej, instalacja wody ciepłej, kanalizacja, centralne ogrzewanie prąd, gaz.

5. Inne informacje o warunkach mieszkaniowych:.....

6. Jestem \* : najemcą, właścicielem, użytkownikiem wieczystym, ww. nieruchomości i/lub posiadam zgodę właściciela nieruchomości na realizację planowanych przedsięwzięć w ramach likwidacji barier architektonicznych.

### VI. Opis rodziny Wnioskodawcy<sup>2</sup>:

Zamieszkuję samotnie	
Zamieszkuję z rodziną	
Osoby niepełnosprawne w rodzinie (podać stopień i rodzaj) ..... .....	

<sup>2</sup> Wstawić **X** we właściwej rubryce

\* Właściwe zaznaczyć (podkreślić)

**OŚWIADCZENIE**

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych ( art. 233 KK § 1i § 6. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.) oświadczam, że **średni miesięczny dochód przypadający na jednego członka rodziny, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek**, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, wynosił.....zł,

Słownie(.....)

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

**VII. Informacja o korzystaniu ze środków finansowych PFRON:**

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON		TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		
(Informacja o otrzymanych środkach PFRON dotyczy tylko zawartych umów)				
Cel (nazwa zadania ustawowego oraz /lub nazwa programu, w ramach którego przyznana została pomoc)	Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Termin rozliczenia	Kwota rozliczona
	Razem kwota przyznana:		Razem kwota rozliczona:	
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON Tak Nie				
Jeżeli tak, podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania				
.....				
.....				
.....				

**VIII. Deklarowany udział własny Wnioskodawcy i/lub sponsora:**

Deklarowany udział własny Wnioskodawcy ponad wymagane 5% (wpisać kwotę ?).....
Deklarowany udział sponsora w pokryciu kosztów zadania (wpisać kwotę ?).....

**IX. Informacja o rodzaju i charakterze planowanych inwestycji związanych z likwidacją barier architektonicznych:**

1. *Cel likwidacji barier (krótkie uzasadnienie wniosku):* .....

.....  
.....  
.....

2. *Wykaz planowanych inwestycji, zakupów związanych z likwidacją barier:*

.....  
.....  
.....  
.....

3. *Przewidywany całkowity koszt realizacji zadania* .....zł

4. *Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON*

(maksimum 95% całkowitych kosztów z punktu 3) .....zł

(słownie: .....)

5. *Termin rozpoczęcia zadania:* .....

6. *Przewidywany czas realizacji zadania:* .....

7. *Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych na realizację zadania:*

.....  
.....

8. *Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania (załączniki do wniosku):*

.....

9. *Numer rachunku bankowego i nazwa banku, na który będą przekazane środki finansowe PFRON związane z likwidacją barier:* .....

|\_|\_| -|\_|\_|\_|\_| -|\_|\_|\_|\_| -|\_|\_|\_|\_| -|\_|\_|\_|\_| -|\_|\_|\_|\_| -|\_|\_|\_|\_|

10. *Miejsce realizacji zadania:* .....

(podać dokładny adres lokalu budynku, w którym będą likwidowane bariery architektoniczne)

.....

**Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON do likwidacji barier architektonicznych**

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks Karny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, a w przypadku wykrycia faktu wprowadzenia w błąd organu rozpatrującego wniosek, podania nieprawdziwych informacji, zobowiązuję się do zwrotu pełnej kwoty udzielonego dofinansowania wraz z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonania płatności tego dofinansowania, w terminie wskazanym przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie (PCPR) w Krapkowicach.

Zobowiązuję się na żądanie PCPR w Krapkowicach do składania dodatkowych wyjaśnień oraz dokumentów (*oryginałów lub kserokopii*) związanych z realizacją programu dotyczącego likwidacji barier architektonicznych.

Zobowiązuję się do bezzwłocznego zgłoszenia informacji mogących mieć wpływ na sposób rozpatrzenia i przyznania pomocy finansowej.

Oświadczam, że nie mam zaległości w terminowym regulowaniu wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Wniosek stanowi ofertę zawarcia umowy cywilnoprawnej i jego rozpatrzenie nie podlega przepisom kodeksu postępowania administracyjnego.

**Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.**

Ponadto wyrażam zgodę na podanie mojego numeru telefonu i adresu e-mail w celu ułatwienia kontaktowania się ze mną w sytuacjach, gdy jest to niezbędne. Podanie numeru telefonu i adresu e-mail jest świadomie wyrażoną i dobrowolną zgodą.

miejsowość .....

dnia.....

(czytelny podpis Wnioskodawcy lub osoby do tego uprawnionej)

**Uwaga! Prace inwestycji poczynione przed zawarciem umowy z PCPR nie są objęte dofinansowaniem.**

Dane przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika:

.....syn/córka.....  
(imię i nazwisko) (imię ojca)

PESEL ..... NIP.....

Miejscowość.....ulica.....nr domu.....nr lokalu.....

Nr kodu ..... poczta ..... gmina .....

powiat.....nr telefonu .....

ustanowiony opiekunem\*/pełnomocnikiem\* dla .....  
postanowieniem Sądu..... z dn. ....

sygn. akt\*, na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza\* .....  
z dn. .... repet. Nr .....

**Klauzula Informacyjna:** Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 *ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych* z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, że: **Administratorem** Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Krapkowicach, z siedzibą w Krapkowicach, ul. Kilińskiego 1. **Inspektorem ochrony danych osobowych** w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Krapkowicach jest Grzegorz Cegłowski, tel. 77 44 67 120, e-mail: g.ceglowski@powiatkrapkowicki.pl. **Odbiorcą danych osobowych** jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Krapkowicach oraz organy właściwe określone ustawami. Dane osobowe będą przetwarzane w celu wykonywania zadań na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a,b,c,e rozporządzenia oraz innych przepisów prawa, które zobowiązują i wskazują na konieczność przetwarzania danych. Dane osobowe będą przekazywane do innego państwa wyłącznie w przypadkach, kiedy wymaga tego prowadzone postępowanie. Dane osobowe będą przechowywane przez okres określony w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Krapkowicach stanowiącym załącznik nr 2 do Zarządzenia Nr 8/2016 Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Krapkowicach z dnia 30 Listopada 2016r. **Posiada Pani/Pan prawo** dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawienia. **Ma Pani/Pan prawo** wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych (UODO), w przypadku, gdy uzna, że przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana narusza przepisy *ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych* z dnia 27 kwietnia 2016 r. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym lub warunkiem zawarcia umowy.

\* Właściwe zaznaczyć (podkreślić)

**Załączniki wymagane do wniosku:**

1. **Kserokopia ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności** lub orzeczenia równoważnego, a w przypadku dzieci i młodzieży kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności.
2. **Udokumentowana podstawa prawna do lokalu**, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (aktualny wypis z ksiąg wieczystych lub wypis ze zbioru danych bazy EGiB z wydziału Geodezji i Kartografii Starostwa).
3. **Oświadczenie o dochodach** Wnioskodawcy – obliczony za ostatni kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek .
4. Zaświadczenie z właściwego urzędu pracy potwierdzające statut bezrobotnego lub poszukującego pracy (w przypadku takich osób).
5. Zaświadczenie ze szkoły uczelni potwierdzające statut ucznia, studenta (w przypadku takich osób).
6. **Aktualne zaświadczenie lekarza potwierdzające trudności w poruszaniu się** Wnioskodawcy.
7. W przypadku wystąpienia obowiązku - **kserokopia pisma potwierdzającego zgłoszenie** planowanych inwestycji w **wydziale architektoniczno-budowlanym Starostwa Powiatowego w Krapkowicach lub kserokopia dokumentacji potwierdzające uzyskanie pozwolenia** na dokonanie planowanej inwestycji.
8. Zgoda właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego na przeprowadzenie ujętej we wniosku likwidacji barier architektonicznych (dotyczy osób niebędących właścicielami lub użytkownikami wieczystymi).
9. **Dokument potwierdzający zamieszkanie w lokalu**, w którym będzie dokonana likwidacja barier (zaświadczenie lub oświadczenie).
10. **Kosztorys inwestycyjny**.
11. Inna dokumentacja mająca wpływ na wniosek i świadcząca na korzyść wnioskodawcy.

***Pouczenie:***

- Pisemny wniosek o dofinansowanie likwidacji barier funkcjonalnych osoba niepełnosprawna składa w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie właściwym dla miejsca zamieszkania,
- O dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, które mają znaczne trudności w poruszaniu się,

**- Dofinansowanie przyznane przez PCPR nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy.**

- Wysokość przyznawanych dofinansowań i okres rozpatrywania wniosku jest uzależniony od terminu otrzymania środków z PFRON i możliwości finansowych PCPR.
- **Załączniki (wymienione w poz. 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11) przedstawione do wniosku nie mogą być starsze niż 3 miesiące przed złożeniem wniosku.**

**Wypełnia PCPR:**

1. Adnotacje pracownika dotyczące zasadności i kompletności złożonego wniosku:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
(podpis pracownika PCPR)

2. Opinia komisji przy PCPR w Krapkowicach rozpatrującej wniosek:

.....  
.....  
.....  
.....

3. Decyzja o wysokości i przyznaniu dofinansowania ze środków PFRON:

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
(data i podpis dyrektora PCPR)

## Oświadczenie o miejscu zamieszkania

Oświadczam, że ja niżej podpisany/podpisana .....  
(nazwisko i imię)

urodzony/urodzona: .....  
(data i miejsce urodzenia)

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Zamieszkuję pod wskazanym poniżej adresem:**

ulica ..... nr domu ..... nr lokalu .....

Miejscowość ..... kod pocztowy .....

Województwo ..... Powiat.....

**Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2018 r. poz. 1600 z późn. zm.) o składaniu fałszywych zeznań oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i stanem faktycznym.**

.....  
podpis składającego oświadczenie

.....  
miejscowość i data



**Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON do likwidacji barier architektonicznych**

..... dnia .....r.

.....

(miejsce zamieszkania)

.....

**Kosztorys inwestycyjny**

na wykonanie likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

Lp.	Zakres wykonywanych czynności lub zakupów	Wartość brutto
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
<b>Razem:</b>		

.....  
Podpis osoby sporządzającej kosztorys

.....dn.....  
(miejscowość) (data)

## ZGODA WŁAŚCICIELA DOMU/MIESZKANIA

Ja niżej podpisany.....  
(Imię i Nazwisko)

będąc właścicielem/współwłaścicielem domu /mieszkania położonego na terenie gminy

.....  
(pełny adres nieruchomości)

wyrażam zgodę na likwidację barier architektonicznych polegających na przystosowaniu

domu/mieszkania do niepełnosprawności mojej/mojego .....  
(stopień pokrewieństwa)

.....  
(Imię i nazwisko)

Zaświadczam również że powyższy dom/mieszkanie osoba niepełnosprawna

zamieszkuje od lat..... Zajmując .....  
(wpisać ilość lat) (wpisać jakie pomieszczenia)

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis właściciela współwłaściciela domu /mieszkania)

### **Klauzula Informacyjna:**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 *ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych* z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, że: **Administratorem** Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Krapkowicach, z siedzibą w Krapkowicach, ul. Kilińskiego 1. **Inspektorem ochrony danych osobowych** w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Krapkowicach jest Grzegorz Ceglowski, tel. 77 44 67 120, e-mail: g.ceglowski@powiatkrapkowicki.pl. **Odbiorcą danych osobowych** jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Krapkowicach oraz organy właściwe określone ustawami. Dane osobowe będą przetwarzane w celu wykonywania zadań na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a,b,c,e rozporządzenia oraz innych przepisów prawa, które zobowiązują i wskazują na konieczność przetwarzania danych. Dane osobowe będą przekazywane do innego państwa wyłącznie w przypadkach, kiedy wymaga tego prowadzone postępowanie. Dane osobowe będą przechowywane przez okres określony w Jednolitym Rzeczym Wykazie Akt Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Krapkowicach stanowiącym załącznik nr 2 do Zarządzenia Nr 8/2016 Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Krapkowicach z dnia 30 Listopada 2016r. **Posiada Pani/Pan prawo** dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawienia. **Ma Pani/Pan prawo** wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych (UODO), w przypadku, gdy uzna, że przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana narusza przepisy *ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych* z dnia 27 kwietnia 2016 r. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym lub warunkiem zawarcia umowy.

(stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej)

Krapkowice .....

Załącznik do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier architektonicznych

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

Wydane na potrzeby PCPR

Imię i nazwisko pacjenta.....

Data urodzenia.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o  
niepełnosprawności.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące.....

4. Czy osoba porusza się na wózku inwalidzkim: .....

5. Czy osoba jest leżąca:.....

6. Używane inne zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny  
.....

7. Czy osoba ma trudności w poruszaniu się i wymaga dokonania likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania, których usunięcie umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, czynności życiowych lub kontaktów z otoczeniem? \*

- **TAK** (uzasadnić)

- **NIE**

Niepełnosprawność pacjenta dotyczy \*

- dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim wrodzony brak lub amputacja dłoni lub rąk
- inna dysfunkcja narządu ruchu (jaka?).....
- deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)
- niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia
- dysfunkcja narządu wzroku

.....  
Pieczętka i podpis lekarza

\* właściwe zaznaczyć

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O WYSOKOŚCI UZYSKANYCH DOCHODÓW  
I LICZBIE OSÓB POZOSTAJĄCYCH WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM**

dla: Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Krapkowicach w celu ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Ja niżej podpisany (a) .....  
( imię i nazwisko )

zamieszkały (a) .....  
( miejscowość i numer kodu )

ulica ..... nr domu ..... nr mieszkania.....

Oświadczam, że średni **miesięczny** dochód w rodzinie, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, **obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek** wyniósł: ..... zł ..... gr.

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

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i § 6 k.k. w zw. z art. 75 § 2 i art. 83 § 3 k.p.a. za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu zostały podane zgodnie z prawdą.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, a w przypadku wykrycia faktu wprowadzenia w błąd organu rozpatrującego wniosek, podania nieprawdziwych informacji, zobowiązuję się do zwrotu pełnej kwoty udzielonego dofinansowania w terminie wskazanym przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Krapkowicach.

**Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem:**

.....  
(miejscowość)

.....  
(data)

.....  
(podpis Wnioskodawcy)