

powiat województwo

nr tel.

ustanowiony opiekunem/pełnomocnikiem*

(postanowieniem Sądu Rejonowego w z dn.

sygn. akt* /na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza

..... z dn. repet. nr*).

II. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:*

1. znaczny: <ul style="list-style-type: none"> - inwalidzi I grupy, - osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji, - osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny; 	
2. umiarkowany: <ul style="list-style-type: none"> - inwalidzi II grupy, - osoby całkowicie niezdolne do pracy; 	
3. lekki: <ul style="list-style-type: none"> - pozostali inwalidzi III grupy, - osoby częściowo niezdolne do pracy, - osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym; 	
4. osoby w wieku do lat 16 z aktualnym orzeczeniem o niepełnosprawności.	
Orzeczenie ważne do	

III. TRUDNOŚCI W PORUSZANIU SIĘ:*

1. osoba z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim,	
2. osoba z koniecznością poruszania się za pomocą środków pomocniczych (np. kule łokciowe, balkonik) jakich	
3. osoba poruszająca się wyłącznie z pomocą,	
4. osoba poruszająca się z częściową pomocą,	
5. osoba poruszająca się samodzielnie,	
6. osoba leżąca	

IV. SYTUACJA MIESZKANIOWA – opis budynku i mieszkania:

1. dom jednorodzinny*, wielorodzinny prywatny*, wielorodzinny komunalny*, wielorodzinny spółdzielczy*,
2. inne
3. budynek parterowy*, piętrowy*, mieszkanie na (kondygnacja),
4. przybliżony wiek budynku lub rok budowy

* niewłaściwe skreślić

* proszę wstawić znak X w odpowiedniej kratce / niewłaściwe skreślić,

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

6. łazienka jest wyposażona w: wannę*, brodzik*, kabinę prysznicową*, umywalkę*,

7. w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej*, ciepłej*, kanalizacja*, centralne ogrzewanie*, prąd*, gaz*,

8. inne informacje :

a) status prawny lokalu lub budynku mieszkalnego, w którym ma nastąpić likwidacja barier: (własność *, współwłasność*, użytkowanie wieczyste*)

b) właściciel/ współwłaściciele nieruchomości, w której ma nastąpić likwidacja barier.....

.....

V. OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam że jestem właścicielem nieruchomości lub użytkownikiem wieczystym nieruchomości lub posiadam zgodę właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego, w którym stale zamieszkuję.

.....
podpis Wnioskodawcy*,
przedstawiciela ustawowego*, opiekuna prawnego*, pełnomocnika

VI. OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam że :

- 1) **przeciętny miesięczny dochód**¹, w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym obliczony za miesiąc poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił zł
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

.....
podpis Wnioskodawcy*,
przedstawiciela ustawowego*, opiekuna prawnego*, pełnomocnika

¹ Dochód, w rozumieniu ustawy o świadczeniach rodzinnych z dnia 28 listopada 2003 r. (Dz. U. z 2016 r. poz. 1518 z późn. zm.), pomniejszony o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenie społeczne nie zaliczone do kosztów uzyskania przychodu, składki zdrowotne oraz o kwotę świadczonych alimentów i powiększony o dochody z działalności gospodarczej, dochody z gospodarstwa rolnego oraz inne dochody nieopodatkowane wymienione w niniejszej ustawie.

* niewłaściwe skreślić

VII. INFORMACJE O KWOTACH PRYZNANYCH ZE ŚRODKÓW PFRON W OKRESIE 3 LAT PRZED ROKIEM ZŁOŻENIA WNIOSKU

Nr umowy	Data przyznania dofinansowania	Cel dofinansowania	Kwota przyznanego dofinansowania	Stan rozliczenia (data i kwota rozliczenia)

VIII. INFORMACJE O PRZEDMIOCIE WNIOSKU (wypełnić czytelnie):

A. Przedmiot dofinansowania (np. likwidacja barier w łazience, dostosowanie wejścia itp.):

.....

B. Wykaz planowanych robót budowlanych – likwidujących wszelkie utrudnienia w budynku, które ze względu na rozwiązania techniczne, konstrukcyjne lub warunki użytkowania, uniemożliwiają lub utrudniają swobodę ruchu osobie niepełnosprawnej (np. likwidacja progów, poszerzenie drzwi, wymiana wanny na wpust podgłogowy, montaż uchwyty, wykonanie pochylni itp.)

.....

C. Miejsce realizacji zadania

.....

D. Cel dofinansowania (np. umożliwienie poruszania się w... umożliwienie korzystania z itp).

.....

IX. INFORMACJE O KOSZTACH REALIZACJI WNIOSKU

A. Przewidywany koszt realizacji zadania: zł

(słownie złotych :

.....
B. Kwota wnioskowanego dofinansowania: zł
co stanowi % kosztu realizacji zadania. (Maksymalnie 95 % kosztów realizacji zadania).

UWAGA : Kwota dofinansowania może być zmniejszona i wynosić 60%, 70% oraz 80% kosztów realizacji zadania.

C. Deklarowany udział własny: zł. (słownie złotych :.....

.....
co stanowi % kosztu realizacji zadania (Minimum 5 % kosztów realizacji zadania).

UWAGA : Kwota udziału własnego może zostać zwiększona i i wynosić 20%, 30% oraz 40% kosztów realizacji zadania.

D. Termin rozpoczęcia realizacji zadania (miesiąc/kwartał):

E. Przewidywany czas realizacji zadania (w miesiącach)

F. 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:

.....
X. Uprowadzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks Karny (Dz. U. nr 88, poz. 553) oświadczam, że :

1. Nie posiadam zaległości wobec Funduszu oraz nie byłem/am stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

2. W latach ubiegłych uzyskałem / nie uzyskałem dofinansowania ze środków PFRON na wnioskowany zakres robót. Jeśli tak to kiedy

3. Posiadam środki własne w wysokości nieobjętej wnioskowanym dofinansowaniem ze środków PFRON (min. 5 %).

4. Oświadczam, iż zostałam/em poinformowana/y, że dofinansowanie ze środków PFRON nie obejmuje kosztów prac związanych z realizacją zadania poniesionych przez przyznaniem środków i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.

5. Oświadczam, iż zostałam poinformowana/y, że złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania dofinansowania.

6. Dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

7. O zaistniałych zmianach po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.

Prawdziwość powyższych oświadczeń tj. nr 1),2),3),4),5),6),7), potwierdzam własnoręcznym podpisem

.....
podpis Wnioskodawcy*
przedstawiciela ustawowego* opiekuna prawnego * pełnomocnika

W przypadku gdy Wnioskodawca nie składa wniosku osobiście, należy przedstawić pisemne oświadczenie Wnioskodawcy, że upoważnia osobę składającą wniosek do występowania w jego imieniu.

.....20.... (miejscowość) (data)
Oświadczenie
..... (Imię i Nazwisko)
..... (adres zamieszkania)
Upoważniam p., legitymującą/ego się dowodem osobistym seria numer, do złożenia w moim imieniu wniosku dotyczącego dofinansowania likwidacji barier architektonicznych wraz z wymaganymi załącznikami oraz do zasięgnięcia informacji w w/w sprawie..
..... (podpis)

ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU:

1. Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, grupie inwalidzkiej, częściowej lub całkowitej niezdolności do pracy, niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanym przed 01 stycznia 1998 roku (dot. osób powyżej 16 roku życia) – **oryginał do wglądu**.
2. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności (dot. osób poniżej 16 roku życia) – **oryginał do wglądu**.
3. Kopia orzeczenia osoby wspólnie zamieszkującej – **oryginał do wglądu**.
4. Aktualne zaświadczenie lekarskie o rodzaju niepełnosprawności (druk w załączeniu).
5. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (np. akt własności, umowa najmu itp.):
6. Zgoda właściciela lokalu lub budynku, w którym ma nastąpić likwidacja barier (jeżeli Wnioskodawca nie jest właścicielem).
7. Potwierdzenie zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier (np. poświadczenie o zameldowaniu wydane przez właściwy Urząd).
8. Kopia aktu urodzenia dziecka- w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej
9. Kopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym. Pełnomocnictwo notarialne.

PCPR w Łukowie informuje, iż złożenie kompletnego wniosku (wraz z wymaganymi załącznikami i kserokopiami) jest obowiązkiem Wnioskodawcy. Wnioski niekompletne, nieuzupełnione w terminie pozostają bez rozpatrzenia.

PCPR w Łukowie nie kseruje dokumentów niezbędnych do wniosku.

Wniosek opracowano na podstawie Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dn. 25 czerwca 2002r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON. (Dz. U. Nr 2015, poz. 926z póź. zm.)

Proszę wypełnić w języku polskim
Zaświadczenie lekarskie o rodzaju niepełnosprawności
Dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

Rozpoznanie (w języku polskim).....

.....

.....

.....

Niepełnosprawność dotyczy narządu/układu.....

Sprawność danego narządu/układu sprawia trudności w stopniu:

- znacznym
- umiarkowanym
- lekkim

Sprawność

kończyn górnych:

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowicie niesprawne

kończyn dolnych:

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowicie niesprawne

Osoba porusza się:

- samodzielnie
- z częściową pomocą
- wyłącznie z pomocą
- na wózku inwalidzkim
- jest osobą leżącą

Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze:

.....

.....

.....

Informacje uzupełniające (rokowania):.....

.....

Osoba wymaga likwidacji barier architektonicznych* tak nie

.....
data

.....
pieczęć i podpis lekarza

*Bariery architektoniczne to wszelkie utrudnienia występujące w budynku i w jego najbliższej okolicy, które ze względu na rozwiązania techniczne, konstrukcyjne lub warunki użytkowania uniemożliwiają lub utrudniają swobodę ruchu osobom niepełnosprawnym.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (dalej Rozporządzenie) informujemy, że:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Łukowie ul. Broniewskiego 20/26, 21-400 Łuków;
- została wyznaczona osoba odpowiedzialna za ochronę danych osobowych, tj. inspektor ochrony danych, z którym można się skontaktować pod adresem e-mail: iodpcpr@wp.pl lub pisemnie, przesyłając korespondencję na adres: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Broniewskiego 20/26, 21-400 Łuków;
- podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne w celu uzyskania dofinansowania na podstawie przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
- odbiorcami danych osobowych mogą być osoby lub podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa, które regulują cel przetwarzania;
- dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji wskazanego powyżej celu i przechowywane przez okres wymagany przepisami prawa o archiwizacji, zgodny z kategorią archiwalną, wynikającą z jednolitego rzeczowego wykazu akt;
- w związku z przetwarzaniem przez Administratora danych osobowych przysługuje Pani/Panu:
 - a) prawo dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 Rozporządzenia;
 - b) prawo do sprostowania danych, na podstawie art. 16 Rozporządzenia;
 - c) prawo do usunięcia danych, na podstawie art. 17 Rozporządzenia;
 - d) prawo do ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 Rozporządzenia;
 - e) prawo do przenoszenia danych, na podstawie art. 20 Rozporządzenia;
 - f) prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, na podstawie art. 21 Rozporządzenia;

(Uwaga: realizacja powyższych praw musi być zgodna z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie danych oraz z zasadami wynikającymi z kodeksu postępowania administracyjnego czy archiwizacji);

- w przypadku, w którym przetwarzanie Pani/Pana danych odbywa się na podstawie zgody (tj. art. 6 ust. 1 lit. a lub art. 9 ust. 2 lit. a Rozporządzenia), przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia jej w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
- ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy Rozporządzenia;
- nie będzie stosowane zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 Rozporządzenia.

Zapoznałam/em się

(data podpis)