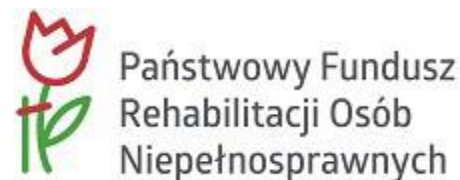


Data wpływu:

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 poświadczanego notarialnie<br><input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczanego 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                                                             |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------|
| Imię:           |                                                                     |
| Drugie imię:    |                                                                     |
| Nazwisko:       |                                                                     |
| PESEL:          |                                                                     |
| Data urodzenia: |                                                                     |
| Płeć:           | <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta |

### ADRES ZAMIESZKANIA

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

### ADRES KORESPONDENCYJNY

☐ Taki sam jak adres zamieszkania

| Nazwa pola   | Wartość |
|--------------|---------|
| Województwo: |         |
| Powiat:      |         |
| Gmina:       |         |
| Miejscowość: |         |

|                      |  |
|----------------------|--|
| <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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności: | <input type="checkbox"/> tak<br><input type="checkbox"/> nie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Stopień niepełnosprawności:                                          | <input type="checkbox"/> Znaczny<br><input type="checkbox"/> Umiarkowany<br><input type="checkbox"/> Lekki<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:                  | <input type="checkbox"/> bezterminowo<br><input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Numer orzeczenia:                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Grupa inwalidzka:                                                    | <input type="checkbox"/> I grupa<br><input type="checkbox"/> II grupa<br><input type="checkbox"/> III grupa<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Niezdolność:                                                         | <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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Rodzaj niepełnosprawności:                                           | <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 <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%):                        |         |
| Słownie:                                                             |         |
| Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:                 |         |
| Słownie:                                                             |         |
| co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania: |         |
| Deklarowane środki własne:                                           |         |
| Inne źródła finansowania:                                            |         |
| Cel dofinansowania i uzasadnienie:                                   |         |

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

| Nazwa pola                                                                      | Wartość |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier: |         |
| 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                                 | 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 (którym?):                                                                                                     |
| <b>Przybliżony wiek budynku lub rok budowy:</b>    |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Liczba pokoi:</b>                               | <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: .

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.

**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 Rozporządzeniem 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

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.

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

## KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust. 1-2 Rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) informujemy, że:

- 1) Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Garwolinie, ul. Mazowiecka 26, 08-400 Garwolin reprezentowane przez Dyrektora PCPR.
- 2) W sprawie ochrony danych osobowych można skontaktować się z Inspektorem ochrony danych, Panią Luizą Bogucką pod adresem e-mail: [l.bogucka@garwolin-starostwo.pl](mailto:l.bogucka@garwolin-starostwo.pl) lub w siedzibie Starostwa Powiatowego w Garwolinie, ul. Mazowiecka 26, 08-400 Garwolin, pokój nr 218 (II piętro).
- 3) Państwa dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO – w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze oraz art. 9 ust. 2 lit. b) RODO – w celu wypełnienia obowiązków i wykonania szczególnych praw przez administratora w dziedzinie zabezpieczenia społecznego.
- 4) W przypadku realizacji zadań ustawowych podanie danych jest obowiązkowe.
- 5) Państwa dane osobowe mogą być udostępnione organom administracji publicznej upoważnionym na podstawie przepisów prawa.



- 6) Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, ich sprostowania, lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych, jak również prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu ochrony Danych Osobowych.
  - 7) Dane osobowe przechowujemy przez okres niezbędny do wykonywania zadań administratora oraz realizacji obowiązku archiwizacyjnego, które wynikają z przepisów prawa.
2. Uprzedzony/a/ o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 §1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks Karny oświadczam, że wszystkie dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne z prawdą. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować PCPR w Garwolinie w ciągu 14 dni.
3. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON-u i w ciągu trzech lat przed złożeniem niniejszego wniosku nie byłem stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
4. Oświadczam, że zostałem poinformowany o konieczności odbioru faktur lub innych dokumentów potwierdzających zakup po wypłaceniu przez PCPR uzyskanego dofinansowania ze środków PFRON.

**Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.**

miejsowość

data

czytelny podpis

## ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

| Lp. | Plik |
|-----|------|
|     |      |

## UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

| Lp. | Plik |
|-----|------|
|     |      |

## LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

### Lista

- Kopię orzeczenia lub kopię wypisu z treści orzeczenia o grupie inwalidzkiej, lub niezdolności do pracy, lub stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998r. lub w przypadku dzieci – orzeczenia o niepełnosprawności,
- Kopie orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą,
- Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności
- Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (akt własności, umowa najmu, pozwolenie na budowę),
- Pisemna zgoda właściciela budynku (jeżeli właścicielem nie jest wnioskodawca) na wykonanie robót związanych z likwidacją barier