



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzy ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl email: sekretariat@pcprkartuzy.pl

.....
Nr sprawy (wypełnia pracownik PCPR)

.....
data wpływu wniosku do PCPR

**Wniosek
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH
dla osoby niepełnosprawnej**

1. Dane osoby niepełnosprawnej, której dotyczy wniosek:

Imię i nazwisko	PESEL
Adres zamieszkania	
Adres zameldowania	
Adres korespondencyjny (wypełnić, jeśli jest inny niż adres zamieszkania)	

2. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego wnioskodawcy), opiekuna prawnego lub pełnomocnika osoby niepełnosprawnej:

Imię i nazwisko
Adres zamieszkania
Numer PESEL
☐ przedstawiciel ustawowy ☐ opiekun prawny* ☐ pełnomocnik*
Opiekun prawny* - ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia..... sygnatura akt.....
Pełnomocnik* - na mocy pełnomocnictwa poświadczonego przez notariusza..... dnianr repertorium.....



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzi ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl email: sekretariat@pcprkartuzy.pl

3. Określenie stopnia niepełnosprawności: (zaznacz właściwe)

- ☐ stopień znaczny (I grupa), niezdolność do samodzielnej egzystencji
- ☐ stopień umiarkowany (II grupa), całkowita niezdolność do pracy
- ☐ stopień lekki (III grupa), częściowa niezdolność do pracy
- ☐ osoba niepełnosprawna w wieku do lat 16

4. Rodzaj niepełnosprawności: (zaznacz właściwe)

- ☐ dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
- ☐ wrodzony brak lub amputacja kończyn górnych
- ☐ inna dysfunkcja narządu ruchu
- ☐ dysfunkcja narządu wzroku
- ☐ inne schorzenia:

5. Sytuacja zawodowa: (zaznacz właściwe)

- ☐ zatrudniona/y prowadząca/y działalność gospodarczą
- ☐ osoba w wieku od 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
- ☐ bezrobotna/y poszukująca/y pracy / rencista/ka poszukująca/y pracy
- ☐ rencista/ka emeryt/ka nie zainteresowana/y podjęciem pracy
- ☐ dzieci i młodzież do lat 18

6. Inne osoby niepełnosprawne zamieszkujące z wnioskodawcą

Lp.	Stopień pokrewieństwa	Stopień niepełnosprawności	Rodzaj/symbol niepełnosprawności
1			
2			
3			
4			

7. Sytuacja mieszkaniowa: (zaznacz właściwe)

a) budynek, w którym ma zostać przeprowadzona likwidacja barier architektonicznych to:

- ☐ budynek parterowy ☐ piętrowy ☐ mieszkanie na (proszę podać kondygnację)

b) opis mieszkania: (zaznacz właściwe)

liczba pokoi z: ☐ kuchnią ☐ bez kuchni

łazienka: ☐ TAK ☐ NIE



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuszy ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl email: sekretariat@pcprkartuzy.pl

łazienka posiada: ☐ wannę ☐ brodzik ☐ kabinę prysznicową ☐ umywalkę ☐ WC

ogrzewanie: ☐ piec kaflowy ☐ centralne ogrzewanie ☐ elektryczne ☐ gaz

☐ inne

woda: ☐ TAK ☐ NIE ☐ woda zimna ☐ woda ciepła

c) osoba niepełnosprawna zamieszkuje: (zaznacz właściwe)

☐ samotnie (gospodarstwo jednoosobowe) ☐ z rodziną ☐ z osobami nie spokrewnionymi

8. Sposób poruszania się: (zaznacz właściwe)

✓ samodzielnie

☐ TAK

☐ NIE

✓ na wózku inwalidzkim

☐ TAK

☐ NIE

✓ o kulach lub łasce

☐ TAK

☐ NIE

9. Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON

(obejmuje dofinansowania otrzymane na podstawie zawartych umów) ☐ TAK ☐ NIE

Jeżeli tak, to proszę wypełnić poniższą tabelkę:

Lp.	Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota otrzymanego dofinansowania
1				
2				
3				

10. Opis planu przedsięwzięć (należy podać zakres prac, których wykonanie ułatwi codzienną egzystację osoby niepełnosprawnej):

.....

.....

.....

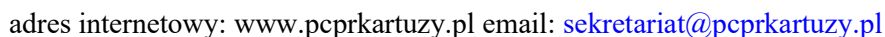
.....

.....

.....

.....

.....



podpis wnioskodawcy*/przedstawiciela
ustawowego*, opiekuna prawnego*, pełnomocnika*



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzi ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzi.pl email: sekretariat@pcprkartuzi.pl

Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Upředziona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2024 r. poz. 17 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku zostały podane zgodnie z prawdą. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni od zaistnienia zmiany.

Czy wnioskodawca przebywa w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej np. dom pomocy społecznej? (właściwie zaznaczyć) ☐ TAK ☐ NIE

Oświadczam, że:

- ✓ średni miesięczny dochód (netto) na osobę w moim gospodarstwie domowym wyniósł zł
słownie: zł

w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku

UWAGA! Do dochodu nie wlicza się świadczenia pielęgnacyjnego, zasiłku i dodatku pielęgnacyjnego oraz zasiłków rodzinnych

- ✓ **liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi**
- ✓ 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 rozwiązywanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
- ✓ adres podany we wniosku jest stałym miejscem zamieszkania osoby niepełnosprawnej,
- ✓ zobowiązuję się do niezwłocznego zgłoszenia każdej zmiany związanej z fakturą (korekta, wystawienie duplikatu, itp.), na podstawie której przyznano dofinansowanie.

.....
data i czytelny podpis wnioskodawcy*, przedstawiciela
ustawowego*, opiekuna prawnego*, pełnomocnika*

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Administrator Danych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. art. 7 ust. 3, informuje o możliwości wycofania zgody udzielonej na przetwarzanie danych w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

W celu ułatwienia kontaktu w sprawach wynikających z obowiązku prawnego realizowanych przez Administratora Danych, **DOBROWOLNIE WYRAŻAM ZGODĘ** na przetwarzanie moich danych osobowych tj.:

Numer telefonu

.....
data i czytelny podpis wnioskodawcy*, przedstawiciela
ustawowego*, opiekuna prawnego*, pełnomocnika*

* niepotrzebne skreślić



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzi ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl email: sekretariat@pcprkartuzy.pl

Załączniki do wniosku:

1. kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub równoważnego (oryginał do wglądu),
2. kopie orzeczeń o niepełnosprawności osób wspólnie mieszkających z wnioskodawcą (oryginały do wglądu),
3. aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności wg załącznika nr 1,
4. dokument określający właściciela lokalu/mieszkania, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (akt notarialny, umowa najmu, umowa darowizny lub inna umowa potwierdzająca prawo do lokalu), oryginał do wglądu,
5. zgoda właściciela na wykonanie wnioskowanych w budynku mieszkalnym lub lokalu, w którym na stałe zamieszkuje osoba niepełnosprawna, nie będąca właścicielem lub użytkownikiem wieczystym nieruchomości,
6. szkic i wymiary pomieszczeń, w których ma zostać przeprowadzona likwidacja barier architektonicznych,
7. zestawienie kosztów planowanej realizacji zadania sporządzony przez przedstawicieli firmy budowlanej lub przez osobę posiadającą uprawnienia budowlane,
8. projekt, pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach),
9. w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej - kopię zaświadczenia lub wyroku Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu),
10. w przypadku reprezentowania osoby niepełnosprawnej przez pełnomocnika – kopię pełnomocnictwa poświadczonego przez notariusza (oryginał do wglądu).

Uwaga:

Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania. Prace/zakupy dokonane przed podpisaniem umowy nie podlegają dofinansowaniu.

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „Nie dotyczy”.

W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu - załącznik nr” czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryki formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzy ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl email: sekretariat@pcprkartuzy.pl

KLAUZULA INFORMACYJNA

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia 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), publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1 przysługują Pani/Panu określone poniżej prawa związane z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przez **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kartuzach**.

1. Administratorem danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie** z siedzibą w Kartuzach, ul. Mściwoja II 20, sekretariat@pcprkartuzy.pl
2. W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym można skontaktować się pod adresem e-mail: iod@pcprkartuzy.pl
3. Dane osobowe przetwarzane będą w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze danych związanym m.in. z udzieleniem dofinansowania ze środków PFRON na likwidację barier architektonicznych dla osoby niepełnosprawnej.
4. Dane osobowe przetwarzane są na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
5. Dane osobowe przetwarzane są zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c rozporządzenie o ochronie danych osobowych.
6. Odbiorcą danych osobowych będą tylko podmioty uprawnione do odbioru Pani/Pana danych, w tym państwa trzecie, w uzasadnionych przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów prawa.
7. Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa, przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania wskazanych w pkt. 3, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.
8. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu.
9. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
10. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym.
11. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

Zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną

.....

data i czytelny podpis wnioskodawcy*, przedstawiciela
ustawowego*, opiekuna prawnego*, pełnomocnika*

* niepotrzebne skreślić



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzi ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl email: sekretariat@pcprkartuzy.pl

Załącznik nr 1 do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier architektonicznych

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla celów związanych z ubieganiem się przez osobę niepełnosprawną w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Kartuzach o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób

Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych

Imię i nazwisko:

PESEL:

Miejsce zamieszkania:

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

.....

2. Niepełnosprawność pacjenta dotyczy (zaznaczyć właściwe):

- ☐ brak obu kończyn górnych
- ☐ brak jednej kończyny górnej
- ☐ brak obu kończyn dolnych
- ☐ brak jednej kończyny dolnej
- ☐ znaczny niedowład obu kończyn górnych
- ☐ znaczny niedowład obu kończyn dolnych
- ☐ jednoczesna dysfunkcja kończyny dolnej i górnej
- ☐ jednoczesna dysfunkcja kończyn górnych i dolnych
- ☐ inne schorzenie:

3. Opis niepełnosprawności, związany z trudnościami w poruszaniu się (zaznaczyć właściwe):

- ☐ osoba leżąca wymagająca opieki innych osób
- ☐ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
- ☐ osoba poruszająca się przy pomocy balkonika, trójnogu, kul, itp.
- ☐ osoba zaopatrzona w protezy:

- ☐ kończyn górnych
- ☐ kończyn dolnych

- ☐ osoba z dysfunkcją narządu wzroku:

- ☐ niedowidząca
- ☐ niewidoma

- ☐ inne dysfunkcje utrudniające poruszanie się (opisać jakie):

.....

.....



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuszy ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl email: sekretariat@pcprkartuzy.pl

4. Uwagi dodatkowe:

.....

.....

.....

.....

.....

.....
data

.....
pieczętka i podpis lekarza

UWAGA:

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

§ 6 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015 r., poz. 926 z późn. zm.) stanowi, że:

- ✓ dofinansowanie ze środków Funduszu na likwidację barier architektonicznych, jeżeli ich realizacja umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem, mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, które mają trudności w poruszaniu się.