



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

Wniosek Załącznik nr 4 do Zarządzenia Nr 14/2025
Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Kartuzach z dnia 30.04.2025 r.

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

.....
data wpływu wniosku do PCPR

Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych LIKWIDACJI BARIER TECHNICZNYCH 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 poświadczanego przez notariusza.....		
..... dnianr repertorium.....		



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

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. 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 lasce ☐ 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

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. Przedmiot dofinansowania:

.....

.....

.....

.....

11. Uzasadnienie wniosku (proszę podać w jaki sposób przedmiot dofinansowania określony w punkcie 10 usprawni wnioskodawcy samodzielne lub sprawniejsze funkcjonowanie):

.....

.....

.....

.....

.....

12. Całkowity koszt zakupu wnioskowanego urządzenia:

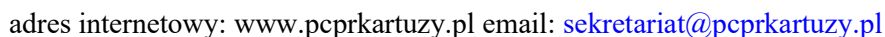
.....zł słownie

13. Kwota wnioskowanego dofinansowania (do 95% kosztów), nie więcej jednak niż do wysokości 15-krotnego przeciętnego wynagrodzenia:

.....zł słownie

14. Wybrana forma przekazania środków finansowych na dofinansowanie:

- ☐ przelew na konto wnioskodawcy
- ☐ przelew na konto sprzedawcy podany na dowodzie zakupu usługi
- ☐ przelew na konto osoby upoważnionej przez wnioskodawcę



Nr konta :

[illegible]

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

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,
4. oferta cenowa dotycząca zakupu wnioskowanego urządzenia lub przedmiotu (w przypadku kilku elementów składowych należy określić ich ceny jednostkowe),
5. w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej - kopię zaświadczenia lub wyroku Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu),
6. 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 technicznych 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 technicznych

.....
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 technicznych

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 (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
- ☐ osoba z dysfunkcją narządu słuchu
- ☐ osoba z zaburzeniem głosu, mowy
- ☐ inne (opisać jakie):



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

4. Uwagi dodatkowe:

.....

.....

.....

.....

.....

.....
data

.....
pieczętka i podpis lekarza

UWAGA:

Barierzy techniczne to wszelkie przeszkody wynikają z braku zastosowania lub niedostosowania odpowiednich do rodzaju niepełnosprawności przedmiotów lub urządzeń. Likwidacja tych barier powinna powodować sprawniejsze działanie osoby niepełnosprawnej w społeczeństwie i umożliwić wydajniejsze jej funkcjonowanie.

§ 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 (t. j. Dz. U. z 2015 r. poz. 926 ze zm.) stanowi, że:

o dofinansowanie ze środków Funduszu na likwidację barier technicznych, jeżeli ich realizacja umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem, mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, jeżeli jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności.