

## **WNIOSEK**

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji

### **BARIER TECHNICZNYCH**

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub jej pełnomocnik bądź opiekun prawny, a w przypadku osoby niepełnoletniej rodzic lub opiekun prawny,  
proszę wypełnić czytelnie, drukowanymi literami)

**Przedmiot dofinansowania** (np. łóżko rehabilitacyjne, stolik przyłóżkowy, itp.):

.....  
.....

#### **I. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY – osoby niepełnosprawnej:**

Imię i nazwisko .....

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

##### **adres zamieszkania:**

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

kod ..... - ..... miejscowość ..... gmina .....

telefon .....

#### **II. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/OPIEKUNA PRAWNEGO/PEŁNOMOCNIKA:**

Imię i nazwisko .....

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

##### **adres zamieszkania (wypełnić, gdy jest inny niż Wnioskodawcy):**

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

kod ..... - ..... miejscowość ..... gmina .....

telefon .....

Opiekun prawny ustanowiony postanowieniem Sądu ..... w .....

z dnia ..... sygnatura akt .....

Pełnomocnik na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza nr .....

z dnia ..... repertorium nr .....

#### **III. MIEJSCE REALIZACJI I CEL DOFINANSOWANIA - UZASADNIENIE WNIOSKU:**

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

#### **IV. INFORMACJA O INNYCH ŹRÓDŁACH FINASOWANIA ZADANIA Z INNYCH ŹRÓDEŁ NIŻ PFRON** (np. sponsor, GOPS, itp.):

.....

**V. INFORMACJE DOTYCZĄCE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON –bariery architektoniczne, techniczne i w komunikowaniu się (w ciągu 3 lat od daty wykorzystania środków finansowych):**

| Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zwanego Funduszem <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</span>                                           |                                |                                  |          |                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------|------------------|
| Czy Wnioskodawca w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku był stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązywanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</span> |                                |                                  |          |                  |
| Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON: <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</span>                                                                                                                                |                                |                                  |          |                  |
| nr zawartej umowy                                                                                                                                                                                                                                                        | data przyznania dofinansowania | kwota przyznanego dofinansowania | cel      | stan rozliczenia |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                |                                  |          |                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                |                                  |          |                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                |                                  |          |                  |
| <b>RAZEM:</b>                                                                                                                                                                                                                                                            |                                |                                  | <b>x</b> |                  |

**VI. PRZEWIDYWANY KOSZT REALIZACJI ZADANIA:**

|                                                                                                                                                |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Przewidywany koszt ogółem (100%)                                                                                                               |  |
| Deklarowane środki własne (min. 5 %)                                                                                                           |  |
| Wnioskowana kwota ze środków PFRON (do 95% kosztów całego przedsięwzięcia, nie więcej jednak niż do wysokości piętnastokrotnego wynagrodzenia) |  |

**VII. SPOSÓB PRZEKAZANIA DOFINANSOWANIA (właściwe zaznaczyć x):**

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>1</b> | <p>Jestem właścicielem podanego rachunku bankowego*/posiadam stosowne pełnomocnictwo do podanego rachunku bankowego* w przypadku zapłaty gotówką za przedmiot dofinansowania:</p> <p>_ _ _ -_ _ _ _ _ -_ _ _ _ _ -_ _ _ _ _ -_ _ _ _ _ -_ _ _ _ _ -_ _ _ _ _ </p> <p>Nazwa banku</p> <p>.....</p> <p>Właściciel rachunku bankowego:</p> <p>.....</p> |  |
| <b>2</b> | Na konto wykonawcy/ realizatora/ sprzedawcy                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| <b>3</b> | Odbiór osobisty w przypadku zapłaty gotówką za przedmiot dofinansowania                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |

\*niepotrzebne skreślić

**VIII. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY:**

- Oświadczam, że w przypadku przyznania dofinansowania będę dysponowała/t środkami finansowymi na opłacenie wymaganego udziału własnego w postaci różnicy pomiędzy kwotą dofinansowania, ewentualnym dofinansowaniem z innych źródeł, a całkowitym kosztem realizacji zadania.
- Przyjmuję do wiadomości, że złożenie wniosku o dofinansowanie nie jest równoznaczne z jego przyznaniem.
- Przyjmuję do wiadomości, że złożenie wniosku nie gwarantuje, że kwota przyznanego dofinansowania będzie równa oczekiwanej przez Wnioskodawcę.
- Przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku podania zawartych we wniosku nieprawdziwych informacji, umowa na podstawie której przyznano środki finansowe Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zostanie rozwiązana, a Wnioskodawca zobowiązany zostanie do zwrotu przekazanych przez PCPR środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonania płatności tych środków.
- Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku powzięcia wątpliwości odnośnie podanych we wniosku o dofinansowanie danych, w szczególności, co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, PCPR wezwie Wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.
- O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się poinformować w ciągu 14 dni od ich powstania.
- Oświadczam, że są mi znane następujące informacje:
  - dofinansowanie nie przysługuje osobom, które w ciągu 3 lat przed dniem złożenia wniosku były stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązywanej z przyczyn leżących po stronie tej osoby,
  - dofinansowanie nie przysługuje, jeżeli Wnioskodawca ma zaległości wobec Funduszu lub PCPR-u,
  - dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie,

- d) podstawę dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych stanowi umowa zawarta pomiędzy Powiatem Tucholskim reprezentowanym przez Dyrektora PCPR a Wnioskodawcą,
  - e) dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych nie przysługuje osobom niepełnosprawnym, które w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku uzyskały odpowiednio na te cele dofinansowanie ze środków Funduszu.
  - f) wszelkie koszty związane z przygotowaniem wniosku ponosi Wnioskodawca.
8. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci mojego numeru telefonu dla potrzeb efektywnej i sprawnej realizacji złożonego wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON do likwidacji barier technicznych, co będzie wpływać na ułatwienie komunikacji z wnioskodawcą.
9. Podaję dane osobowe dobrowolnie i świadomie oraz oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

.....  
(czytelny podpis Wnioskodawcy, Przedstawiciela ustawowego,  
Opiekuna prawnego, Pełnomocnika\*)

\*niepotrzebne skreślić

## KLAUZULA INFORMACYJNA

**Zgodnie z 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) – „RODO”.**

**Informuje, że:**

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Tucholi z siedzibą w Tucholi ul. Kościuszki 16, 89-500 Tuchola, tel. 52 5592018, e-mail [pcprtuchola@wp.pl](mailto:pcprtuchola@wp.pl), reprezentowane przez Dyrektora PCPR Panią Annę Toby.
2. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym kontakt możliwy jest pod adresem e-mail [inspektor.rodod@wp.pl](mailto:inspektor.rodod@wp.pl)
3. Państwa dane będą przetwarzane w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze na podstawie: art. 6 ust.1 litera c oraz art. 9 ust.2 litera b RODO, związanym z dofinansowaniem ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych dla osób posiadających orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (lub równoważne) i o niepełnosprawności stosownie do Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych i Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 czerwca 2015 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatów, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
4. Podanie przez Państwa danych jest wymogiem ustawowym i niezbędnym w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie, nie podanie danych może skutkować odmową realizacji dofinansowania.
5. Mają Państwo prawo do: dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania oraz prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
6. Państwa dane mogą być udostępniane przez Administratora innym podmiotom upoważnionym do uzyskania informacji na podstawie przepisów prawa.
7. Państwa dane będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wniosku oraz wyznaczony prawem czas archiwizacji określony w jednolitym rzeczowym wykazie akt dla organów powiatu i starostw powiatowych, stosownie do Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 roku w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych. Kryteria okresu przechowywania ustala się w oparciu o klasyfikację i kwalifikację, dokumentacji w jednolitym rzeczowym wykazie akt.

**Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższą klauzulą**

.....  
(czytelny podpis Wnioskodawcy, Przedstawiciela  
ustawowego, Opiekuna prawnego, Pełnomocnika\*)

\*niepotrzebne skreślić

## OŚWIADCZENIE O MIEJSCU ZAMIESZKANIA

Ja niżej podpisany(a)

.....  
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

oświadczam, że:

1) moim jedynym miejscem zamieszkania jest:

.....  
.....  
(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

W miejscu tym przebywam z zamiarem stałego pobytu oraz jest to ośrodek mojego życia codziennego, zgodnie z definicją z Ustawą z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeksu Cywilnego.

2) wiarygodność powyższego oświadczenia potwierdzam stosownym podpisem.

....., .....,  
Miejscowość

dnia

.....  
(czytelny podpis Wnioskodawcy, Przedstawiciela ustawowego,  
Opiekuna prawnego, Pełnomocnika\*)

\*właściwe zaznaczyć

## Załączniki wymagane do wniosku (wypełnia PCPR):

| l.p. | Nazwa załącznika                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Wypełnia PCPR           |                         |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|
|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Załączono do wniosku*   | Uzupełniono (data)*     |
| 1.   | Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub kopia wypisu z treści orzeczenia traktowanego na równi z tym orzeczeniem albo kopię orzeczenia o niepełnosprawności lub kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 roku ( <u>oryginał do wglądu</u> ) | Tak / nie / nie dotyczy | Tak / nie / nie dotyczy |
| 2.   | Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające opis przyczyny niepełnosprawności i uzasadnienie, że osoba ma trudności w poruszaniu się – wyłącznie w przypadku jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu – załącznik nr 1                                                                                           | Tak / nie / nie dotyczy | Tak / nie / nie dotyczy |
| 3.   | Udokumentowane prawo do lokalu lub budynku mieszkalnego (akt własności, akt notarialny, akt użytkowania wieczystego, zaświadczenie o prawie do lokalu, umowa najmu, aktualny wypis z Ksiąg Wieczystych, inne-jeśli dotyczy)                                                                                                                | Tak / nie / nie dotyczy | Tak / nie / nie dotyczy |
| 4.   | Zgoda właściciela lokalu/budynku mieszkalnego na wykonanie wnioskowanego zakresu prac (jeśli dotyczy)                                                                                                                                                                                                                                      | Tak / nie / nie dotyczy | Tak / nie / nie dotyczy |
| 5.   | Dokument potwierdzający posiadanie innych źródeł finansowania (jeśli dotyczy)                                                                                                                                                                                                                                                              | Tak / nie / nie dotyczy | Tak / nie / nie dotyczy |
| 6.   | W przypadku opiekuna prawnego kopia odpisu wyroku sądu orzekającego ubezwłasnowolnienie                                                                                                                                                                                                                                                    | Tak / nie / nie dotyczy | Tak / nie / nie dotyczy |
| 7.   | W przypadku pełnomocnika kopia pełnomocnictwa notarialnego                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Tak / nie / nie dotyczy | Tak / nie / nie dotyczy |
| 8.   | Oświadczenie Wnioskodawcy o miejscu zamieszkania w lokalu/ budynku mieszkalnym w którym ma nastąpić likwidacja barier technicznych                                                                                                                                                                                                         | Tak / nie / nie dotyczy | Tak / nie / nie dotyczy |
| 9.   | Klauzula o przetwarzaniu danych osobowych                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Tak / nie / nie dotyczy | Tak / nie / nie dotyczy |
| 10.  | Ofertę cenową dotyczącą wnioskowanego przedmiotu dofinansowania lub fakturę pro forma                                                                                                                                                                                                                                                      | Tak / nie / nie dotyczy | Tak / nie / nie dotyczy |
| 11.  | Inne dokumenty wymagane przez PCPR<br>(jakie? .....)                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Tak / nie / nie dotyczy | Tak / nie / nie dotyczy |

\*niepotrzebne skreślić

**Wniosek kompletny:**

|     |  |     |  |
|-----|--|-----|--|
| tak |  | nie |  |
|-----|--|-----|--|

**Adnotacje urzędowe:**

.....

.....

.....  
/data i podpis pracownika weryfikującego wniosek/

**Decyzja o przyznaniu dofinansowania:**

.....

.....

.....  
/data i podpis pracownika weryfikującego wniosek/

....., dnia .....

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej .....  
lub praktyki lekarskiej ..... miejscowość .....

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

wydane dla potrzeb PCPR w Tucholi – likwidacja barier technicznych

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

Miejsce zamieszkania .....

PESEL .....

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność ruchowa pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole ☐):

|                                                                                                                               |                                                                                               |                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/>                                                                                                      | leżący nie będący w stanie poruszać się na wózku inwalidzkim, nawet przy pomocy osób trzecich | pieczętka i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                      | poruszający się na wózku inwalidzkim                                                          | pieczętka i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                      | poruszający się przy pomocy balkonika*, trójnogu* lub kul łokciowych                          | pieczętka i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> protezy:<br><input type="checkbox"/> -kończyn górnych<br><input type="checkbox"/> -kończyn dolnych   |                                                                                               | pieczętka i podpis lekarza |
| niepełnosprawność narządu wzroku Pacjenta:<br><input type="checkbox"/> - niedowidzący<br><input type="checkbox"/> - niewidomy |                                                                                               | pieczętka i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> Opis schorzenia będącego przyczyną niepełnosprawności:<br>.....<br>.....<br>.....                    |                                                                                               | pieczętka i podpis lekarza |

3. Zalecany przedmiot/urządzenie, który/które ułatwi Wnioskodawcy wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem to:

Proszę uzasadnić: .....

.....

.....

pieczętka i podpis lekarza

\* niepotrzebne skreślić