

Wniosek PR.653. .... 2023

Data wpływu:



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

## WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji  
Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych  
w związku z indywidualnymi potrzebami osób  
niepełnosprawnych

### Część A – DANE WNIOSKODAWCY

#### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	DANE
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

#### ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	DANE
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

<b>Rodzaj miejscowości:</b>	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
<b>Nr telefonu:</b>	
<b>Adres e-mail:</b>	

### ADRES KORESPONDENCYJNY

Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	DANE
<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>	

### DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	DANE
<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

Nazwa pola	DANE
<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 <input type="checkbox"/> wieś

### STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	ZAZNACZYĆ „X”
<b>Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Stopień niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
<b>Numer orzeczenia:</b>	
<b>Grupa inwalidzka:</b>	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<b>Niezdolność:</b>	<input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<b>Rodzaj niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne <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 <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: .....**

### 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	DANE
<b>Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:</b>	
<b>Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):</b>	
Słownie:	
<b>Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:</b>	
Słownie:	
<b>co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:</b>	
<b>Deklarowane środki własne:</b>	
<b>Inne źródła finansowania:</b>	
<b>Cel dofinansowania:</b>	
WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER	
Nazwa pola	DANE
<b>Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:</b>	
<b>Miejsce realizacji zadania:</b>	
<b>Termin rozpoczęcia:</b>	
<b>Przewidywany czas realizacji:</b>	

## 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	DANE
Właściciel konta (imię i nazwisko):	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi.

## OPIS BUDYNKU I MIESZKANIA

Nazwa pola	Wartość
Budynek:	<input type="checkbox"/> dom jednorodzinny, <input type="checkbox"/> wielorodzinny prywatny, <input type="checkbox"/> wielorodzinny komunalny, <input type="checkbox"/> wielorodzinny spółdzielczy
Ilość pięter:	<input type="checkbox"/> budynek parterowy, <input type="checkbox"/> piętrowy, <input type="checkbox"/> mieszkanie na piętrze (którym?): .....
Przybliżony wiek budynku lub rok budowy:	
Liczba pokoi:	..... <input type="checkbox"/> + kuchnia, <input type="checkbox"/> + łazienka, <input type="checkbox"/> + wc
Łazienka jest wyposażona w:	<input type="checkbox"/> wannę, <input type="checkbox"/> brodzik, <input type="checkbox"/> kabinę prysznicową, <input type="checkbox"/> umywalkę
W mieszkaniu jest:	<input type="checkbox"/> instalacja wody zimnej, <input type="checkbox"/> ciepłej, <input type="checkbox"/> kanalizacja, <input type="checkbox"/> centralne ogrzewanie, <input type="checkbox"/> prąd, <input type="checkbox"/> gaz
Inne informacje o warunkach mieszkaniowych:	

## 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

1. **Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2022r, poz. 1138, z późn. zm.) - 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.**
2. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
3. 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.
4. 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.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a 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).
6. Zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

## LISTA ZAŁĄCZNIKÓW

### Lista

1. Aktualne zaświadczenie lekarskie (ważne 3 miesiące od dnia wystawienia) - zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności oraz wynikających z niej dysfunkcji utrudniających samodzielne funkcjonowanie. **(załącznik nr 1)**.
2. Oświadczenie Wnioskodawcy **(załącznik nr 2)**.
3. Kopia orzeczenia lub wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych [Dz.U. z 2021 r. poz. 573 t.j.] a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, orzeczenie o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r. (oryginał do wglądu).
4. Kopia/e orzeczenia/eń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z Wnioskodawcą (w przypadku takich osób).
5. Aktualny wypis z księgi wieczystej (wydruk komputerowy można pobrać ze strony [www.ekw.ms.gov.pl](http://www.ekw.ms.gov.pl)) lub kopia aktu własności lokalu, lub kopia umowy najmu (oryginał do wglądu), jeżeli Wnioskodawca nie jest właścicielem lokalu.
6. Oświadczenie właściciela/współwłaścicieli nieruchomości dot. zgody na przeprowadzenie likwidacji barier architektonicznych **(załącznik nr 3)**.
7. Kopia postanowienia Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego – w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna jest ubezwłasnowolniona.
8. Kopia pełnomocnictwa - w przypadku, gdy w imieniu osoby niepełnosprawnej z wnioskiem występuje pełnomocnik.
9. Informacja dostawcy lub sprzedawcy dotycząca wartości przedmiotu dofinansowania (np. kosztorys ofertowy, faktura PROFORMA) – w wymaganych przypadkach.
10. Oświadczenie dot. niezgodności adresu na orzeczeniu a adresem zamieszkania (w wymaganych przypadkach).
11. W przypadku, gdy konieczne jest podanie danych osób innych niż wnioskodawca (orzeczenie, nr rachunku bankowego itp.), wymagane jest pisemne oświadczenie o zapoznaniu się z Klauzulą informacyjną PCPR w Lesku i zgoda na przetwarzanie danych osobowych – tej/ych osoby/ób **(Załącznik nr 4)**.



Wypełnia lekarz, pod którego opieką znajduje się osoba niepełnosprawna

.....  
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

potwierdzające potrzebę ubiegania się przez osobę niepełnosprawną o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych **do likwidacji barier architektonicznych**

(WYPEŁNIĆ CZYTELNICIE W JĘZYKU POLSKIM)

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Nr PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**1. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną niepełnosprawności - rozpoznanie choroby zasadniczej:**

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

**2. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji.**

- Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się:
- na wózku inwalidzkim
- za pomocą kul, balkoniku, protez lub innych środków pomocniczych
- inna dysfunkcja narządu ruchu .....
- osoba leżąca
- Dysfunkcja narządu wzroku:  Dysfunkcja narządu słuchu
- Dysfunkcja narządu mowy
- Inne (podać jakie).....

**3. Uzasadnienie celowości likwidacji barier architektonicznych w aspekcie indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej:**

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

.....  
miejscowość i data

.....  
pieczętka i podpis lekarza

## OŚWIADCZENIE

### dot. wniosku o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych

1. Pouczony/a o treści art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2010 r. o ewidencji ludności (Dz.U z 2021 r., poz.510 t.j. z późn. zm.), zgodnie z którym pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania, oświadczam, że moim miejscem pobytu stałego/ miejscem pobytu stałego dziecka/ miejscem pobytu stałego osoby, w imieniu której składam wniosek\* jest:

.....

(adres miejsca pobytu stałego)

Pod wyżej wymienionym adresem było (podać rok) ...../ nie było realizowane dofinansowanie ze środków PFRON do likwidacji barier architektonicznych.

2. Zostałem/am zapoznana/y z treścią Klauzuli informacyjnej Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lesku, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz przysługującym prawie dostępu do treści moich danych osobowych oraz ich poprawiania, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne.
3. Na podstawie art. 6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz.Urz.U.E.L.2016.119.1) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji zadań własnych i zleconych przez administratora danych – Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lesku, ul. Rynek 1, 38-600 Lesko.
4. Nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz nie byłem/em w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
5. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

#### **Przyjmuję do wiadomości, że:**

1. Złożony przeze mnie wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON zostanie rozpatrzony po podjęciu przez Radę Powiatu Lesku uchwały w sprawie określenia zadań w zakresie rehabilitacji osób niepełnosprawnych przewidzianych do realizacji w danym roku oraz wysokości środków PFRON przeznaczonych na te zadania.
2. Dofinansowanie będzie przyznawane do wyczerpania środków finansowych PFRON przeznaczonych dla powiatu sanockiego na rok budżetowy i zatwierdzonych do wykorzystania na powyższy cel.
3. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy na dofinansowanie.
4. Dofinansowanie ze środków PFRON wynosi do 95% wartości zakupu.
5. Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania.
6. Wszelkie zmiany we wniosku jak i rezygnacje należy zgłaszać do PCPR w Lesku w formie pisemnej.

.....

(Data i podpis Wnioskodawcy)

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

.....

(Miejscowość i data)

(Imię, nazwisko, adres, nr telefonu)

### OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż jestem właścicielem / współwłaścicielem\* nieruchomości pod adresem / o numerze działki:

.....

i wyrażam zgodę na przeprowadzenie likwidacji barier architektonicznych w budynku/na działce\* do mnie należącym/ej – dla Pana/i: .....

(Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)

Jednocześnie oświadczam, iż zapoznałem/am się z Klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych przez PCPR w Lesku (*verte*), w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania i dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji zadań własnych i zleconych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lesku, ul. Rynek 1, 38-600 Lesko.

.....

(Podpis Właściciela/Współwłaściciela)