

Powiatowe Centrum Pomocy  
Rodzinie w Tucholi  
ul. Poczтовая 7  
89-500 Tuchola

Data wpływu wniosku

Numer wniosku

## WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji

### **BARIER ARCHITEKTONICZNYCH**

(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. dostosowanie łazienki, budowa podjazdu 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. OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW I LICZBIE OSÓB POZOSTAJĄCYCH WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM:**

Niniejszym oświadczam, że **miesięczny dochód\***, w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 28 listopada 2003r. o świadczeniach rodzinnych (Dz.U.2018, poz. 2220 t.j) wynosił ..... zł. Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi .....

**W przypadku ujawnienia przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzja na podstawie której przyznano środki finansowe PFRON, może zostać anulowana a Wnioskodawca musi zostać zobowiązany do zwrotu przekazanych przez PCPR środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonania przez PCPR płatności tych środków.**

\*Miesięczny dochód w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych to dochód pomniejszony o obciążenia zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

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

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

**V. OPIS STANU ISTNIEJĄCEGO (opis barier jakie występują w miejscu zamieszkania Wnioskodawcy oraz schorzenia):**

.....

.....

.....

.....

**VI. PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA (wykaz planowanych przedsięwzięć w celu likwidacji barier architektonicznych uwzględniając cenę materiału oraz robocizny)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wnioskodawca dokonuje rozeznania we własnym zakresie cen zakup sprzętów, urządzeń i materiałów oraz kosztów robocizny wykonania usług, montażu i dostawy, związanych z likwidacją barier architektonicznych, dla własnych potrzeb wynikających ze stopnia niepełnosprawności celem określenia ceny brutto realizacji zadania.

**VII. 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)	

**VIII. TERMIN ROZPOCZĘCIA I PRZEWIDYWANY CZAS REALIZACJI ZADANIA:**

.....

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

**XI. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY:**

1. Oświadczam, że w przypadku przyznania dofinansowania będę dysponowała/ł środkami finansowymi na opłacenie wymaganego udziału własnego w postaci różnicy pomiędzy kwotą dofinansowania, ewentualnym dofinansowaniem z innych źródeł, a całkowitym kosztem realizacji zadania.
2. Przyjmuję do wiadomości, że złożenie wniosku o dofinansowanie nie jest równoznaczne z jego przyznaniem.
3. Przyjmuję do wiadomości, że złożenie wniosku nie gwarantuje, że kwota przyznanego dofinansowania będzie równa oczekiwanej przez Wnioskodawcę.
4. Świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz.U.z 2019, poz. 1950, poz. 2128 t.j.) za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym (*§ 1 – kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8; § 2 – warunkiem odpowiedzialności, jest aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie).*
5. 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.
6. 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.
7. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni od ich powstania.
8. Oświadczam, że są mi znane następujące informacje:
  - a) 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,
  - b) dofinansowanie nie przysługuje, jeżeli Wnioskodawca ma zaległości wobec Funduszu lub PCPR,
  - c) dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie,
  - d) zakup materiałów i robocizny nie może nastąpić wcześniej niż podpisanie umowy,
  - e) dofinansowanie ze środków Funduszu może być objęta likwidacja barier architektonicznych w budynkach już istniejących (bariery muszą istnieć, aby mogły być zlikwidowane). Dofinansowanie ze środków Funduszu nie może być objęta likwidacja barier architektonicznych w budynku nowo wybudowanym lub będącym w trakcie prac wykończeniowych.
  - f) podstawę dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych stanowi umowa zawarta pomiędzy Powiatem Tucholskim reprezentowanym przez Kierownika PCPR a Wnioskodawcą,
  - g) wszelkie koszty związane z przygotowaniem wniosku ponosi Wnioskodawca.
9. 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 architektonicznych, co będzie wpływać na ułatwienie komunikacji z wnioskodawcą.
10. Podaję dane osobowe dobrowolnie i świadomie oraz oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

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

\*niepotrzebne skreślić

## OŚWIADCZENIE O MIEJSCU ZAMIESZKANIA

Ja niżej podpisany(a)

.....  
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

Pouczona(y) o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1, „kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8” oraz § 2 „warunkiem odpowiedzialności, jest aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie” ustawy z dnia 06 czerwca 1997 roku Kodeks Karny (Dz.U. z 2019, poz.1950, poz. 2128 t.j.) – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy

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 (Dz.U. z 2019, poz. 1145, poz. 1495 t.j.).

2) wiarygodność powyższego oświadczenia potwierdzam stosownym podpisem.

....., .....  
Miejscowość

.....  
dnia

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

\*właściwe zaznaczyć

Załącznik nr 2 do wniosku o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych

## 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:

- a. Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Tucholi z siedzibą w Tucholi ul. Pocztovej 7, 89-500 Tuchola, tel. 52 5592018, e-mail [pccprtuchola@wp.pl](mailto:pccprtuchola@wp.pl), reprezentowane przez kierownika PCPR Panią Annę Toby.
- b. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym kontakt możliwy jest pod adresem e-mail [inspektor.rodod@wp.pl](mailto:inspektor.rodod@wp.pl).
- c. 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 (t. j. Dz. U z 2016 r., poz. 2046 ze zm.) 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 (t.j. Dz. U z 2015 r., poz. 926 ze zm.).
- d. Podanie przez Państwa danych jest wymogiem ustawowym i niezbędnym w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie, nie podanie danych może skutkować odmową realizacji dofinansowania.
- e. 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.
- f. Państwa dane mogą być udostępniane przez Administratora innym podmiotom upoważnionym do uzyskania informacji na podstawie przepisów prawa.
- g. 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

.....

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

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

miejsowość

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**wydane dla potrzeb PCPR w Tucholi – likwidacja barier architektonicznych  
(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: -kończyn górnych	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	- kończyn dolnych	
<input type="checkbox"/>	niepełnosprawność narządu wzroku Pacjenta: - niedowidzący	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	- niewidomy	
<input type="checkbox"/>	Opis schorzenia będącego przyczyną niepełnosprawności: ..... ..... .....	pieczętka i podpis lekarza

3. Pacjent **wymaga \ nie wymaga\*\*** przystosowania budynku mieszkalnego i jego najbliższego otoczenia stosownie do  
potrzeb jego niepełnosprawności

Proszę uzasadnić: .....

.....

.....  
pieczętka i podpis lekarza

\* niepotrzebne skreślić

**ETAP I (załączniki wymagane do wniosku):**

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 3 do wniosku	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)	Tak / nie / nie dotyczy	Tak / nie / nie dotyczy
4.	Zgoda właściciela lokalu/budynku mieszkalnego na wykonanie wnioskowanego zakresu prac	Tak / nie / nie dotyczy	Tak / nie / nie dotyczy
5.	Dokument potwierdzający posiadanie innych źródeł finansowania	Tak / nie / nie dotyczy	Tak / nie / nie dotyczy
6.	W przypadku opiekuna prawnego kopia odpisu wyroku sądu orzekającego ubezwłasnowolnienie; W przypadku pełnomocnika kopia pełnomocnictwa notarialnego	Tak / nie / nie dotyczy	Tak / nie / nie dotyczy
7.	Oświadczenie Wnioskodawcy o miejscu zamieszkania w lokalu/ budynku mieszkalnym w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych – załącznik nr 1 do wniosku	Tak / nie / nie dotyczy	Tak / nie / nie dotyczy
8.	Klauzula o przetwarzaniu danych osobowych – załącznik nr 2 do wniosku	Tak / nie / nie dotyczy	Tak / nie / nie dotyczy
9.	Inne dokumenty wymagane przez PCPR (jakie? .....)	Tak / nie / nie dotyczy	Tak / nie / nie dotyczy

\*niepotrzebne skreślić

tak	<input type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------

**Wniosek kompletny:****Adnotacje urzędowe:**

.....

.....

.....

.....

.....  
/data i podpis pracownika weryfikującego wniosek/**Decyzja o przyznaniu dofinansowania:**

.....

.....

.....

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

**ETAP II:**

l. p.	Nazwa załącznika	Wypełnia PCPR	
		Załączono *	Uzupełniono (data) *
1.	kosztorys wstępny	Tak / nie / nie dotyczy	Tak / nie / nie dotyczy
2.	Szkic, projekt (stan istniejący i po modernizacji)	Tak / nie / nie dotyczy	Tak / nie / nie dotyczy
3.	projekt budowlany (w koniecznych przypadkach)	Tak / nie / nie dotyczy	Tak / nie / nie dotyczy
4.	pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach)	Tak / nie / nie dotyczy	Tak / nie / nie dotyczy

\*niepotrzebne skreślić

**Adnotacje urzędowe:**

.....

.....

.....

.....

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