



.....  
Data wpływu wniosku

.....  
Nr sprawy

## WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON DO LIKWIDACJI BARIER TECHNICZNYCH

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, właściwe zaznaczyć 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 rubryk formularza, których dotyczą.

- wniosek składany po raz pierwszy

- wniosek składany po raz kolejny ( podać rok złożenia wniosku ) .....

### 1. Informacje o Wnioskodawcy/ dziecku/podopiecznym będącym osobą niepełnosprawną

#### DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

Imię..... Nazwisko..... Data urodzenia .....r.

Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany w dniu.....r.

przez.....ważny do.....

PESEL

Wnioskodawca osobiście  rodzic dziecka  opiekun prawny dziecka  opiekun prawny podopiecznego

**MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały**Kod pocztowy   -    .....  
(poczta)

Miejscowość .....

ulica .....

Nr domu ..... Nr m. .... Powiat .....

Województwo .....

 miasto  wieś**ADRES ZAMELDOWANIA**

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy   -    .....  
(poczta)

Miejscowość .....

ulica .....

Nr domu ..... Nr m. ....

Województwo .....

Kontakt telefoniczny: nr kier. ....nr telefonu ...../nr tel. komórkowego:.....

e-mail (o ile dotyczy): .....

**Adres korespondencyjny:** (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)**DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO****DANE PERSONALNE**

Imię .....

Nazwisko .....

Data urodzenia:..... r.

PESEL          Pełnoletni:  tak  nie**MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)**

(jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)

Kod pocztowy   -    .....  
(poczta)

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... Nr m. ....

Powiat .....

Województwo .....

 miasto  wieś**2. STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY /DZIECKA / PODOPIECZNEGO** całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji znaczny stopień I grupa inwalidzka całkowita niezdolność do pracy umiarkowany stopień II grupa inwalidzka częściowa niezdolność do pracy lekki stopień III grupa inwalidzka ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (wydawane do 16 roku życia)Ww. dokument jest ważny:  okresowo do .....  bezterminowo**3. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY/DZIECKA/ PODOPIECZNEGO WYNIKAJĄCY Z ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** NARZĄD RUCHU, w zakresie: obu kończyn dolnych jednej kończyny dolnej obu kończyn górnych jednej kończyny górnej

	<input type="checkbox"/> osoba leżąca	
z koniecznością porusza się przy pomocy:	<input type="checkbox"/> wózka inwalidzkiego	<input type="checkbox"/> dwóch kul <input type="checkbox"/> balkonika
<input type="checkbox"/> INNA DYSFUNKCJA NARZĄDU RUCHU .....		
<input type="checkbox"/> NARZĄD WZROKU, w zakresie:	<input type="checkbox"/> osoba niewidoma	<input type="checkbox"/> osoba niedowidząca
<input type="checkbox"/> NARZĄD SŁUCHU, w zakresie:	<input type="checkbox"/> osoba niesłysząca	<input type="checkbox"/> osoba niedosłysząca
<input type="checkbox"/> INNA DYSFUNKCJA NARZĄDU SŁUCHU I MOWY.....		
<input type="checkbox"/> DEFICYT ROZWOJOWY ( jaki? ).....		
<input type="checkbox"/> CHOROBA PSYCHICZNA ( jaka?).....		
<input type="checkbox"/> INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności .....		

#### 4. ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE WNIOSKODAWCY/DZIECKA/ PODOPIECZNEGO

<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> zawodowe
<input type="checkbox"/> średnie ogólne	<input type="checkbox"/> średnie zawodowe	<input type="checkbox"/> policealne
<input type="checkbox"/> wyższe	<input type="checkbox"/> inne, jakie:	

#### 5. DODATKOWE KWALIFIKACJE WNIOSKODAWCY/DZIECKA/ PODOPIECZNEGO

<input type="checkbox"/> prawo jazdy	<input type="checkbox"/> obsługa urządzeń biurowych
<input type="checkbox"/> znajomość języków obcych	<input type="checkbox"/> inne, jakie:.....
<input type="checkbox"/> obsługa komputera	
wykonywane zawody .....	

#### 6. SYTUACJA ZAWODOWA WNIOSKODAWCY/DZIECKA/PODOPIECZNEGO

<input type="checkbox"/> zatrudniony	<input type="checkbox"/> osoba zarejestrowana w PUP jako bezrobotna lub poszukujący pracy	<input type="checkbox"/> osoba aktualnie ucząca się
<input type="checkbox"/> prowadzący działalność gospodarczą	<input type="checkbox"/> rencista	<input type="checkbox"/> dzieci i młodzież do lat 18
<input type="checkbox"/> bezrobotny nie zainteresowany podjęciem pracy	<input type="checkbox"/> emeryt	<input type="checkbox"/> inne, jakie: .....

**7. WNIOSKODAWCA/DZIECKO/PODOPIECZNY zamieszkuje**

samotnie
   
  z rodziną
   
  z jednym opiekunem

czy wspólnie z wnioskodawcą /dzieckiem /podopiecznym zamieszkują inne osoby niepełnosprawne :

tak, proszę podać ilość osób i stopień niepełnosprawności .....

nie

**8. PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA .....**

**9. MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA ( proszę wpisać adres ) .....**

.....

**10. TERMIN ROZPOCZĘCIA I PRZEWDYWANY CZAS REALIZACJI ZADANIA .....**

.....

**11. SPECYFIKACJA DOTYCZĄCA DOFINANSOWANIA ZAKUPU URZĄDZEŃ W RAMACH LIKWIWACJI BARIER TECHNICZNYCH – proszę wymienić i podać orientacyjny koszt ( należy szczegółowo opisać co w ramach likwidacji barier technicznych ma zostać zakupione )**

Lp.	Nazwa/ rodzaj przedmiotu dofinansowania	Orientacyjna cena brutto w złotych
	<b>Całkowity koszt</b>	

UWAGA! PROSZĘ O SZCZEGÓLOWE I STARANNE OSZACOWANIE PONIŻSZYCH KOSZTÓW, GDYŻ PODSTAWĄ DOFINANSOWANIA BĘDĄ KWOTY WNIOSKOWANE.

**12. KWOTA WNIOSKOWANEGO DOFINANSOWANIA .....W ZŁ. ( nie więcej niż 95% kosztów zadania)**

**słownie :** .....

**13. DEKLAROWANA PRZEZ WNIOSKODAWCĘ KWOTA POKRYCIA UDZIAŁU WŁASNEGO .....**

**14. INFORMACJA O OGÓLNEJ WARTOŚCI NAKŁADÓW DOTYCHCZAS PONIESIONYCH NA REALIZACJĘ ZADANIA DO KOŃCA MIESIĄCA POPRZEDZAJĄCEGO MIESIĄC, W KTÓRYM SKŁADANY JEST WNIOSEK WRAZ Z PODANIEM DOTYCHCZASOWYCH ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA**

**15. INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON**

Czy Wnioskodawca/ dziecko/ podopieczny lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku) ze środków PFRON, tak  nie

Cel <i>(nazwa programu i/ lub nazwa zadania ustawowego, w ramach którego przyznana została pomoc)</i>	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)
<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>				

**16. CZY WNIOSKODAWCA BYŁ STRONĄ UMOWY O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON I UMOWA TA ZOSTAŁA ROZWIĄZANA Z PRZYCZYŃ LEŻĄCYCH PO STRONIE WNIOSKODAWCY**

tak, podać datę .....  nie

**17. CZY WNIOSKODAWCA POSIADA WYMAGALNE ZOBOWIĄZANIA WOBEC PFRON**

tak, podać rodzaj i wysokość w zł. wymagalnego zobowiązania .....  nie

**Uwaga! Za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął**

**18. CZY PLANOWANE DO REALIZACJI ZADANIE BĘDZIE FINANSOWANE Z INNYCH ŹRÓDEŁ NIŻ PFRON ( np. sponsor, GOPS, MOPS)**

tak, podać wysokość dofinansowania.....  nie

**19. UZASADNIENIE CELU DOFINANSOWANIA**

1) proszę podać jakie występują przeszkody wynikające z braku zastosowania lub niedostosowania odpowiednich do rodzaju niepełnosprawności przedmiotów lub urządzeń .....

.....

.....

.....

.....

.....

2) proszę uzasadnić w jaki sposób sprzęt zakupiony w ramach likwidacji barier technicznych wpłynie na zmianę sytuacji opisanej w pkt. 1.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**20. OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW I LICZBIE OSÓB POZOSTAJĄCYCH WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM**

Świadomy odpowiedzialności karnej przewidzianej w art.233 § 1 i 2 Kodeksu Karnego oświadczam, że miesięczny dochód netto na osobę w rodzinie za miesiąc poprzedzający złożenie wniosku

Wynosił: ..... liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.....

**21. ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU**

Nazwa załącznika		Dołączono do wniosku zaznaczyć właściwe – wypełnia PCPR
1.	Kserokopia ważnego orzeczenia (oryginał do wglądu)	<input type="checkbox"/>
2.	Kserokopia ważnego orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą/ dzieckiem/ podopiecznym (oryginał do wglądu)	<input type="checkbox"/>
3.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka (oryginał do wglądu)	<input type="checkbox"/>
4.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – dotyczy opiekunów prawnych, lub pełnomocnictwo (oryginał do wglądu)	<input type="checkbox"/>
5.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych	<input type="checkbox"/>
6.	Jeżeli zajdzie taka potrzeba PCPR może żądać dostarczenia innych dokumentów niezbędnych do rozpatrzenia wniosku	

**Oświadczam, że :**

- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania (odpowiedzialność karna przewidziana w art. 233 § 1 i 2 Kodeksu Karnego),
- posiadam środki własne na pokrycie wkładu własnego będącego uzupełnieniem dofinansowania,
- jestem / nie jestem płatnikiem VAT (niepotrzebne skreślić),
- w przypadku zmiany danych podanych we wniosku zobowiązuje się niezwłocznie o tym fakcie powiadomić PCPR ,
- przyjmuję do wiadomości, iż złożenie niniejszego wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania,
- przyjmuję do wiadomości, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed zawarciem umowy o dofinansowanie,
- przyjmuję do wiadomości, że w przypadku znacznego niedoboru środków PFRON w stosunku do istniejących potrzeb procent dofinansowania określony jako maksymalny 95%, może zostać obniżony.

.....  
 data i podpis Wnioskodawcy

**Uwaga:**

W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę we wniosku informacji niezgodnych z prawdą, decyzja, na postawie której przyznano środki finansowe PFRON, zostanie anulowana a Wnioskodawca zobowiązany zostanie do zwrotu przekazanych środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonania płatności tych środków.

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH ZWIĄZANYCH  
Z REALIZACJĄ ZADANIA KTÓREGO DOTYCZY WNIOSK**

Dane osobowe przekazane przez Wnioskodawcę do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Żywcu przy ul. Ks. Pr. St. Słonki 24 (administratora danych) będą przetwarzane w celu realizacji zadania, którego dotyczy wniosek. Wnioskodawca posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku i przyznaniem dofinansowania.

.....  
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)<sup>1</sup> (adres: miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego<sup>2</sup>:

.....  
(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

przez PCPR z siedzibą w Żywcu przy ul. Ks. Pr. St. Słonki 24 (administrator danych) w celach związanych z realizacją zadania którego dotyczy wniosek, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

.....  
data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

---

<sup>1</sup> niniejsze oświadczenie składa Wnioskodawca oraz dodatkowo i odrębnie - inne pełnoletnie osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do PCPR przez Wnioskodawcę we wniosku o dofinansowanie

<sup>2</sup> o ile dotyczy - niepotrzebne skreślić