

## Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

ul. Bohaterów Porytowego Wzgórza 29, 23-300 Janów Lubelski tel.

(15) 8723-345 fax (15) 8723-678

[pcprjanowlubelski@poczta.onet.pl](mailto:pcprjanowlubelski@poczta.onet.pl)

### W N I O S E K

o przyznanie dofinansowania ze środków

Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier  
architektonicznych, w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

#### I Informacja o Wnioskodawcy.

- Imię i nazwisko:.....  
PESEL .....  
Nr i seria dowodu osobistego .....  
Adres stały zamieszkania .....  
Adres tymczasowy zamieszkania .....
- Nazwa i nr rachunku bankowego : .....  
.....
- Stan prawny dot. niepełnosprawności i pozostałych osób niepełnosprawnych  
wspólnie gospodarujących:

Stopień niepełnosprawności	Okres ważności orzeczenia o niepełnosprawności	Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej	Stopień pokrewieństwa do wnioskodawcy
Znaczny stopień			
I grupa niepełnosprawności			
całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji			
Umiarkowany stopień			
II grupa niepełnosprawności			
Całkowita niezdolność do pracy			
Lekki stopień			
III grupa niepełnosprawności			
Częściowa niezdolność do pracy			

- Rodzaj niepełnosprawności (1):

Przyczyny niepełnosprawności wynikające z orzeczenia			
<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 w tym: <input type="checkbox"/> Osoba głucha	<input type="checkbox"/> 04-O narząd wzroku w tym: <input type="checkbox"/> Osoba niewidoma <input type="checkbox"/> Osoba głuchoniewidoma
<input type="checkbox"/> 05-R narząd ruchu w tym: <input type="checkbox"/> Osoba poruszająca się na wózku	<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

## II. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON.

Czy wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON :

TAK

NIE

Nr i data zawarcia umowy lub przyznania dofinansowania	Kwota	Cel	Stan rozliczenia

## III. Sytuacja zawodowa (1)

1. zatrudniony*/ prowadzący działalność gospodarczą*	
2. osoba w wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca*	
3. bezrobotny poszukujący pracy*/ rencista poszukujący pracy	
4. rencista*/ emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy	
5. dzieci i młodzież do lat 18	

#### IV.A Sytuacja mieszkaniowa – warunki mieszkaniowe (wypełnia pracownik Centrum)

1. złe	
2. przeciętne	
3. dobre	
4. bardzo dobre	

#### IV.B. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i mieszkania

1. dom jednorodzinny\*, wielorodzinny prywatny\*, wielorodzinny komunalny\*, wielorodzinny spółdzielczy\*.
2. inne\* .....
3. budynek parterowy\*, piętrowy\*, mieszkanie na .....  
(proszę podać kondygnację)
4. przybliżony wiek budynku lub rok budowy .....
5. opis mieszkania: pokoje ..... (podać liczbę), z kuchnią\*, bez kuchni\*, z łazienką\*, bez łazienki\*, z wc\*.
6. łazienka jest wyposażona w: wannę\*, brodzik\*, kabinę prysznicową\*, umywalkę\*
7. w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej\*, ciepłej\*, kanalizacja\*, centralne ogrzewanie\*, prąd\*, gaz\*
8. obecne przystosowanie mieszkania / otoczenia do potrzeb osoby niepełnosprawnej:  
.....  
.....  
.....
9. inne informacje o warunkach mieszkaniowych:  
.....  
.....  
.....

#### IV.C. Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje (1)

1. samotnie	
2. z rodziną	
3. z osobami nie spokrewnionymi	

#### V. Średni dochód miesięczny (brutto) na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy (1)

1. do 100% kryterium dochodowego z ustawy o pomocy społecznej	
2. od 101 do 200 % kryterium dochodowego z ustawy o pomocy społecznej	
3. powyżej 200 % kryterium dochodowego z ustawy o pomocy społecznej	

Posiadam / nie posiadam\* wymagalnych zobowiązań wobec Funduszu. Jeśli tak proszę podać rodzaj i wysokość wymagalnego zobowiązania .....

.....

#### VI. Deklarowany udział własny Wnioskodawcy i/lub sponsora

Deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania – ponad obowiązkowe 5%	
---	--

#### VII. Dane informacyjne o Wnioskodawcy (1)

a) wykształcenie	zaznacz właściwe	b) rodzaj źródła utrzymania	zaznacz właściwe
1. dzieci bez obowiązku szkolnego		1. wynagrodzenie za pracę	
2. niepełne podstawowe		2. przychody z działalności gospodarczej	
3. podstawowe		3. renta stała*/ emerytura*	
4. zawodowe		4. renta okresowa	
5. średnie ogólnokształcące		5. renta szkoleniowa	
6. średnie zawodowe		6. zasiłek dla bezrobotnych	
7. policealne		7. zasiłek socjalny	
8. wyższe		8. stypendium	
9. wyższe ze stopniem naukowym		9. alimenty*/ inne*	

#### VIII. Miejsce i cel likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się lub technicznych.

.....

.....

.....

.....

.....

#### IX. Wykaz planowanych przedsięwzięć ( inwestycji, zakupów ) w celu likwidacji barier i orientacyjny koszt (w kolejności od najważniejszego dla Wnioskodawcy)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

#### X. Przewidywany koszt realizacji zadania: .....

**XI. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON (maksimum 95 % przewidywanych kosztów realizacji zadania) cyframi: .....**  
( słownie: .....zł)

**XII. Informacja niezbędna do wypełnienia wniosku:**

(1)proszę wstawić X we właściwej rubryce

\* niepotrzebne skreślić

1. *Uprzedzony / a o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1,2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks Karny ( Dz. U. Nr 88 , poz. 553 ) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.*
2. *O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.*

***Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.***

.....  
( podpis Wnioskodawcy\*, przedstawiciela ustawowego\*  
opiekuna prawnego\* pełnomocnika\*)

.....  
Podpis osoby obecnej przy podpisywaniu

**Dane osobowe niezbędne przy podpisywaniu umowy przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego Wnioskodawcy ), opiekuna prawnego lub pełnomocnika:**

.....syn/córka .....

imię ( imiona ) i nazwisko ..... imię ojca

seria ..... nr .....wydany w dniu .....przez .....

dowód osobisty

nr PESEL ..... miejscowość .....

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

dokładny adres

nr kodu .....-..... poczta .....powiat .....

województwo .....

**Szczegółowa klauzula informacyjna- obowiązek informacyjny z art.13 RODO**

Przetwarzanie danych osobowych podawanych w związku z realizacją wniosków składanych do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie we Janowie Lubelskim

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Bohaterów Porytowego Wzgórza 29, 23- 300 Janów Lubelski, Kontakt: tel. (15) 8723-345, email:pcprjanowlubelski@poczta.onet.pl.
  2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Osobowych, kontakt: iod@rodokontakt.pl
  3. Pani/Pana dane przetwarzane będą w celu realizacji niniejszego wniosku.
  4. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych przez Administratora jest:
    - a) wypełnienie obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze- art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO
    - b) zgoda osoby fizycznej na przetwarzanie numeru telefonu i/ lub adresu e- mail w celu komunikacji elektronicznej- art. 6 ust.1 lit. a RODO
    - c) niezbędność do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą- art. 6 ust. 1 lit. b RODO- w przypadku zawarcia umowy
  5. Administrator może przekazać dane osobowe jedynie uprawnionym z mocy prawa organom czy podmiotom i tylko w dopuszczalnym prawnie zakresie.
  6. Administrator będzie przetwarzał dane osobowe przez okres wynikający z właściwych przepisów dziedzinowych i z uwagi na odpowiadającą danym kategorię archiwalną.
  7. Osobom, których dane są przetwarzane przysługują następujące prawa względem ich danych osobowych:
    - a) do dostępu do swoich danych
    - b) do sprostowania swoich danych
    - c) do ograniczenia przetwarzania swoich danych
    - d) do wniesienia skargi do organu nadzorczego: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych
- Ponadto w przypadku przetwarzania danych osobowych za zgodą także prawo:
- a) do usunięcia danych
  - b) wycofania zgody w dowolny momencie, z tym że jej wycofanie nie wpływa na legalność przetwarzania w momencie jej obowiązywania
8. Dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani do profilowania.
  9. Dane osobowe nie będą przetwarzane poza UE.
  10. Podanie danych osobowych jest obowiązkowe z wyjątkiem danych w celu komunikacji elektronicznej. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku.

*Podstawy prawne:*

- *Rozporządzenie 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)*
- *Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych*
- *Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji społecznej i zawodowej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.*

## **Klauzula zgody osoby fizycznej na przetwarzanie numeru telefonu i/lub adresu e-mail**

**WYRAŻAM ZGODĘ /NIE WYRAŻAM ZGODY\*** na przetwarzanie mojego numeru telefonu..... i/ lub e-mail ..... w celu komunikacji elektronicznej.

\*niepotrzebne skreślić

.....  
( data i czytelny podpis wnioskodawcy)

**Załączniki do wniosku:** **Do I etapu** 1.*Kopia ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności*, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych ( Dz. U. z 2018r. poz. 1076 z późniejszymi zmianami ).

2. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób.
3. *Aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające trudności w poruszaniu się* wnioskodawcy, stanowiące załącznik Nr 1.
4. *Udokumentowana podstawa prawna do lokalu*, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych ( umowa najmu, akt własności, wypis z ksiąg wieczystych, itp.)
5. *Oświadczenie o dochodach* Wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą, stanowiące załącznik Nr 2.
6. *Oświadczenie potwierdzające stałe zamieszkanie w lokalu*, w którym będzie dokonywana likwidacja barier załącznik Nr 3.
7. *Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy* o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.
8. *Zaświadczenie ze szkoły, uczelni* potwierdzające statut ucznia, studenta.

### **Do II etapu**

1. **Szkic mieszkania.**
2. **Projekt i kosztorys.**
3. **Kserokopia pisma potwierdzającego zgłoszenie** planowanych inwestycji w wydziale architektoniczno - budowlanym Starostwa Powiatowego w Janowie Lubelskim lub w przypadku wystąpienia takiej konieczności kserokopia dokumentacji potwierdzające uzyskanie pozwolenia na dokonanie planowanej inwestycji zgodnie z aktualnym prawem budowlanym.
4. **Zgoda właściciela budynku mieszkalnego** na przeprowadzenie ujętej we wniosku likwidacji barier architektonicznych (dotyczy osób nie będących właścicielami lub użytkownikami wieczystymi).

**KARTA OCENY WNIOSKÓW O DOFINANSOWANIE LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH**

KRYTERIA OCENY WNIOSKU - punktacja stała		Liczba punktów	Punktacja wniosku
<b>1</b>	<b>Rodzaj/stopień niepełnosprawności (zgodnie z treścią orzeczenia i zaświadczenia lekarskiego załączonego do wniosku):</b>		
a)	Osoby z niepełnosprawnością ruchową poruszające się na wózku inwalidzkim lub po amputacji kończyn górnych lub dolnych	10	
b)	Inne osoby z dysfunkcją narządu ruchu o stopniu niepełnosprawności	znaczny (I grupa inwalidzka) w tym dzieci do 16 r.z.	3
		umiarkowany (II grupa inwalidzka)	2
		lekki (III grupa inwalidzka)	1
c)	Inne osoby z dysfunkcją narządu wzroku o stopniu niepełnosprawności	znaczny (I grupa inwalidzka) w tym dzieci do 16 r.z.	3
		umiarkowany (II grupa inwalidzka)	2
		lekki (III grupa inwalidzka)	1
<b>2</b>	<b>Aktywność zawodowa:</b>		
a)	osoba zatrudniona lub prowadząca działalność gospodarczą / dzieci lub młodzież do 24 r.z. ucząca się lub studium	10	
b)	osoba bezrobotna lub osoba poszukująca pracy i niepozostająca w zatrudnieniu, które są zarejestrowane w urzędzie pracy, deklarujące <b>wejście na rynek pracy</b>	5	
<b>3</b>	<b>Inne kryteria:</b>		
a)	Wnioskodawca <b>nie otrzymał dotąd</b> dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych ze środków PFRON w ramach wnioskowanego zadania	6	
b)	Wnioskodawca ani członek jego gospodarstwa domowego <b>nie uzyskali dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych</b> ze środków PFRON	nigdy	6
		w ciągu ostatnich 3 lat	0
c)	Wnioskodawca zamieszkuje	samotnie	5
		z osobami nie spokrewnionymi	2
		z rodziną	1
d)	Obecne przystosowanie mieszkania / otoczenia do potrzeb osoby niepełnosprawnej	złe	10
		przeciętne	5
		dobre lub bardzo dobre	0
e)	Średni miesięczny dochód przypadający na 1 członka gospodarstwa domowego	Do 100% kryterium dochodowego z ustawy o pomocy społecznej	6
		Od 101% do 200% kryterium dochodowego z ustawy o pomocy społecznej	3
		Powyżej 200% kryterium dochodowego z ustawy o pomocy społecznej	1
f)	Deklarowany udział własny ponad obowiązkowe 5% kosztów realizacji zadania – za każde dodatkowe 5%	1 pkt. za każde 5 %	
g)	<b>Osoby niepełnosprawne – mieszkańcy tego samego gospodarstwa domowego należy punktować zgodnie z ich rodzajem niepełnosprawności, analogicznie do punktacji wnioskodawcy z pkt 1 niniejszych kryteriów.</b>		
<b>RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1-3)</b>		<b>Suma punktów</b>	
		<b>Pieczętka imienna, data, podpis pracownika dokonującego punktacji wniosku</b>	.....



**Adnotacje przyjmującego wniosek**

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

**II. Opinia merytoryczna dotycząca poprawności rozwiązań technicznych i kosztów likwidacji barier**

**Etap I**

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

.....  
( data i podpis )

**Etap II**

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

.....  
( data i podpis )

**III. Decyzja o przyznaniu dofinansowania**

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

.....  
( data i podpis )