

Nr sprawy: VII-616-...../25



## WNIOSEK

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

### ROLA WNIOSKODAWCY

| Nazwa pola                          | Do uzupełnienia  |
|-------------------------------------|--|
| <b>Wnioskodawca składa wniosek:</b> | <input type="checkbox"/> we własnym imieniu<br><input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny dziecka/pełnoletniego podopiecznego<br><input type="checkbox"/> jako przedstawiciel ustawy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego)<br><input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczanego notarialnie<br><input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczanego notarialnie |
| <b>Postanowieniem Sądu:</b>         |  |
| <b>Z dnia:</b>                      |  |
| <b>Sygnatura akt:</b>               |  |
| <b>Imię i nazwisko notariusza</b>   |  |
| <b>Repertorium nr:</b>              |  |
| <b>Zakres pełnomocnictwa:</b>       | <input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie<br><input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania<br><input type="checkbox"/> do zawarcia umowy<br><input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku<br><input type="checkbox"/> do złożenia wniosku<br><input type="checkbox"/> inne                                 |

### Część A – DANE WNIOSKODAWCY

#### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

| Nazwa pola             | Wartość   |
|------------------------|---|
| <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           | Wartość |
|----------------------|---------|
| Miejscowość:         |         |
| Ulica:               |         |
| Nr domu:             |         |
| Nr lokalu:           |         |
| Kod pocztowy:        |         |
| Poczta:              |         |
| Rodzaj miejscowości: |         |
| Nr telefonu:         |         |
| Adres e-mail:        |         |

**ADRES KORESPONDENCYJNY**

Taki sam jak adres zamieszkania

| Nazwa pola    | Wartość |
|---------------|---------|
| Miejscowość:  |         |
| Ulica:        |         |
| Nr domu:      |         |
| Nr lokalu:    |         |
| Kod pocztowy: |         |
| Poczta:       |         |

**DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**

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

**ADRES ZAMIESZKANIA PODOPIECZNEGO**

| Nazwa pola           | Wartość |
|----------------------|---------|
| Miejscowość:         |         |
| Ulica:               |         |
| Nr domu:             |         |
| Nr lokalu:           |         |
| Kod pocztowy:        |         |
| Poczta:              |         |
| Nr telefonu:         |         |
| Adres e-mail:        |         |
| Rodzaj miejscowości: |         |

**STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

| Nazwa pola   | Wartość   |
|--|---|
| Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności: | <input type="checkbox"/> tak<br><input type="checkbox"/> nie  |
| Stopień niepełnosprawności:  | <input type="checkbox"/> Znaczny<br><input type="checkbox"/> Umiarkowany<br><input type="checkbox"/> Lekki<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy  |
| Orzeczenie ważne jest:   | <input type="checkbox"/> bezterminowo<br><input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:   |
| Numer orzeczenia:  |   |
| Grupa inwalidzka:  | <input type="checkbox"/> I grupa<br><input type="checkbox"/> II grupa<br><input type="checkbox"/> III grupa<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy   |
| Niezdolność:   | <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji<br><input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny<br><input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy<br><input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy<br><input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy |

|   |  |
|---|--|
| <b>Rodzaj niepełnosprawności:</b>         | <input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe<br><input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne<br><input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu<br><input type="checkbox"/> osoba głucha<br><input type="checkbox"/> osoba głuchoniema<br><input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku<br><input type="checkbox"/> osoba niewidoma<br><input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma<br><input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu<br><input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego<br><input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych<br><input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja<br><input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia<br><input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego<br><input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego<br><input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne<br><input type="checkbox"/> 11-I – inne<br><input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe |
| <b>Niepełnosprawność jest sprzężona</b>   | <input type="checkbox"/> tak<br><input type="checkbox"/> nie   |
| <b>Liczba przyczyn niepełnosprawności</b> | <input type="checkbox"/> 2 przyczyny<br><input type="checkbox"/> 3 przyczyny   |

### ŚREDNI DOCHÓD

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

indywidualne    wspólne

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:**

.....zł.

(w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku)

**Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: .....**

**w tym liczba osób niepełnosprawnych: .....**

### 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**

| <b>PRZEDMIOT WNIOSKU</b>  |                |
|---|----------------|
| <b>Nazwa pola</b>   | <b>Wartość</b> |
| <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 i uzasadnienie:</b>                                   |                |

**WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER**

| <b>Nazwa pola</b>  | <b>Wartość</b> |
|--|----------------|
| <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 BUDYNKU I MIESZKANIA**

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

**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

**Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, 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.**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych.

Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a, że złożony przeze mnie wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych zostanie rozpatrzony po podjęciu przez Radę Powiatu Nowosądeckiego uchwały o podziale limitu środków na rok bieżący.

**Oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami realizacji wnioskowanego zadania w tym :**

1. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych PFRON i zawarciem umowy z PCPR,
2. Przeprowadzenie wizji lokalnej w miejscu zamieszkania Wnioskodawcy nie jest jednoznaczne z przyznaniem dofinansowania,
3. Wybór Wykonawcy inwestycji należy wyłącznie do Wnioskodawcy i odpowiedzialność za jego działania ponosi Wnioskodawca,
4. Zostałem poinformowany, że w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku do przygotowania umowy zostaną dostarczone do PCPR następujące dokumenty :
  - szczegółowy kosztorys inwestorski **podpisany przez Wnioskodawcę i Wykonawcę inwestycji**, opracowany zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie na podstawie KNR-ÓW ( katalogów nakładów rzeczowych). Kosztorys sporządza się w celu określenia kosztów inwestycji, w kosztorysie znajduje się wycena wartości robót budowlanych, opis robót budowlanych, zestawienie materiałów, obmiary, ceny jednostkowe, zestawienie robocizny, zastawienie sprzętu,
  - umowę z wykonawcą,
  - 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. Przyznane dofinansowanie zostanie przekazane na konto Wykonawcy po zakończeniu inwestycji i odbiorze przez przedstawicieli PCPR.

Do niniejszego wniosku dołączono Klauzulę Informacyjną o Ochronie Danych Osobowych obowiązujących w tut. Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie. Zostałem(-am) poinformowany(-a) o możliwości zapoznania się z treścią klauzuli informacyjnej, o jakiej mowa w art.13 i art. 14 rozporządzenia 2016/679, w tym z informacją o celach i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania. Informacje te są dostępne na stronie internetowej oraz siedzibie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Sączu.

| <i>Miejscowość</i> | <i>Data</i> | <i>Podpis Wnioskodawcy</i> |
|--------------------|-------------|----------------------------|
|                    |             |                            |

## ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

|  |   |
|--|---|
|  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności / stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik.</li> <li>2. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z wnioskodawcą, w przypadku takich osób.</li> <li>3. Aktualne zaświadczenie lekarskie stwierdzające schorzenie (ważne 3 miesiące) (druk w załączeniu)</li> <li>4. Poświadczenie zameldowania Wnioskodawcy i osób wspólnie zamieszkałych i prowadzących wspólne gospodarstwo domowe( wydaje urząd miasta lub gminy).</li> <li>5. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (własność, umowa najmu).</li> <li>6. Pisemna zgoda właściciela/ właścicieli budynku/lokalu na wykonanie robót we wnioskowanym zakresie.</li> <li>7. W przypadku gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika do wniosku należy dołączyć kopię pełnomocnictwa lub odpisu decyzji sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego.</li> <li>8. Szkic miejsca likwidacji barier w wymiarowaniu (np. łazienka, podjazd , itp.) przed zmianami i po zmianach.</li> <li>9. Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych.</li> <li>10. Oświadczenia Wnioskodawcy ( w przypadku składania wniosków w SOW)</li> <li>11. Pełnomocnictwo do składania wniosków w systemie SOW.</li> <li>12. Odwołanie pełnomocnictwa do składania wniosków w systemie SOW.</li> </ol> |
|  | <p><b>Do II etapu w przypadku otrzymania dofinansowania.</b></p>  |
|  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Szczegółowy kosztorys inwestorski opracowany zgodnie z obowiązującymi przepisami na podstawie katalogów nakładów rzeczowych ( KNR-ów) podpisany przez strony.</li> <li>2. Umowa z Wykonawcą wraz z podaniem jego nr rachunku bankowego.</li> <li>3. Projekt i pozwolenie na budowę (o ile dotyczy).</li> <li>4. Oświadczenie pod odpowiedzialnością karną o posiadaniu udziału środków własnych na realizację zadania ( różnica pomiędzy kosztorysem brutto a przyznanym dofinansowaniem).</li> </ol> <p><b>Rozliczenie inwestycji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Po zakończeniu inwestycji Wnioskodawca zgłasza odbiór do siedziby PCPR.</li> <li>2. Ustalany jest termin odbioru prac przez przedstawicieli PCPR.</li> <li>3. Wnioskodawca przedkłada do rozliczenia : fakturę/ rachunek wystawione na Wnioskodawcę, kosztorys powykonawczy szczegółowy podpisany przez strony, potwierdzenie wpłaty wkładu własnego.</li> </ol>   |

| <i>Miejscowość</i> | <i>Data</i> | <i>Podpis Wnioskodawcy</i> |
|--------------------|-------------|----------------------------|
|                    |             |                            |