Data wpływu:
Nr sprawy:

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 WNIOSKODAWCY / PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (małoletniego Wnioskodawcy) / OPIEKUNA PRAWNEGO / PEŁNOMOCNIKA *

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię / Imiona:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Adres:	
E-mail:	
Nr telefonu:	

DANE PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię / Imiona:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Adres:	
E-mail:	
Nr telefonu:	

* niepotrzebne skreślić

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	☐ tak ☐ nie
Stopień niepełnosprawności:	☐ Znaczny ☐ Umiarkowany ☐ Lekki ☐ Nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	☐ bezterminowo ☐ okresowo – do dnia:
Numer orzeczenia:	
Grupa inwalidzka:	☐ I grupa ☐ II grupa ☐ III grupa ☐ nie dotyczy
Niezdolność:	☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji ☐ Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny ☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy ☐ Osoby częściowo niezdolne do pracy ☐ Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym ☐ Nie dotyczy

Rodzaj niepełnosprawności:	☐ 01-U – upośledzenie umysłowe
	☐ 02-P – choroby psychiczne
	☐ 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
	  ☐ osoba głucha
	  ☐ osoba głuchoniema
	☐ 04-O – narząd wzroku
	  ☐ osoba niewidoma
	  ☐ osoba głuchoniewidoma
	☐ 05-R – narząd ruchu
	  ☐ wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego
	  ☐ dysfunkcja obu kończyn górnych
	☐ 06-E – epilepsja
	☐ 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia
	☐ 08-T – choroby układu pokarmowego
	☐ 09-M – choroby układu moczowo-płciowego
	☐ 10-N – choroby neurologiczne
	☐ 11-I – inne
	☐ 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

Nazwa pola	Do uzupełnienia
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:	☐ tak ☐ nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeżeli dotyczy):	☐ 2 przyczyny ☐ 3 przyczyny

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

☐ nie korzystałem
☐ korzystałem

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

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?

Część B – PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA

PRZEDMIOT WNIOSKU

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania, uzasadnienie:	
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):	
Słownie:	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:	
Słownie:	
co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:	
Deklarowane środki własne:	
Inne źródła finansowania:	

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

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier architektonicznych:	
Miejsce realizacji zadania:	
Termin rozpoczęcia:	
Przewidywany czas realizacji:	

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	Do uzupełnienia
Właściciel konta (imię i nazwisko):	
Numer rachunku bankowego:	

OPIS BUDYNKU I MIESZKANIA

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

OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił: _____ zł.
2. Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: _____.
3. 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.
4. **Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny - 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.**
5. Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych.

_____ data

_____ czytelny podpis wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika*

* niepotrzebne skreślić

Wyrażam dobrowolnie zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych takich jak numer telefonu/e-mail w celu ułatwienia kontaktu z pracownikiem MOPR w Koninie w związku z realizacją złożonego przeze mnie wniosku (na podstawie art. 6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r.).

Jest mi wiadomo, że mogę w dowolnym momencie wycofać złożoną zgodę. Wycofanie zgody nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych, którego dokonano na podstawie udzielonej zgody przed jej wycofaniem.

_____ data

_____ czytelny podpis wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika*

* niepotrzebne skreślić

PRZYJMUJĘ DO WIADOMOŚCI:

1. Dofinansowanie na likwidację barier architektonicznych mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, które mają trudności w poruszaniu się.
2. Dofinansowanie nie przysługuje jeżeli Wnioskodawca ubiegający się o dofinansowanie ma zaległości wobec Funduszu lub podmiot ten był, w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy.
3. Wysokość dofinansowania wynosi do 95% średnich kosztów przedsięwzięcia, nie więcej niż równowartość piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia.
4. Podstawę dofinansowania stanowi umowa zawarta pomiędzy Wnioskodawcą a Prezydentem Miasta Konina, w imieniu którego działa Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie.
5. Dofinansowanie nie obejmuje kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.
6. Wnioski można składać w każdym czasie, aż do momentu wyczerpania środków finansowych Funduszu, przeznaczonych na dany rok kalendarzowy.
7. W przypadku likwidacji barier architektonicznych po dokonaniu wizji lokalnej w mieszkaniu, Wnioskodawca zobowiązany jest dostarczyć dokumenty określone w protokole z wizji lokalnej, np. szkic mieszkania, projekt i kosztorys, pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach), przyjęte pełnomocnictwo inwestora zastępczego.
8. Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych i zatwierdzeniu ich podziału przez Radę Miasta Konina.

_____	_____
data	czytelny podpis wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika*

* niepotrzebne skreślić

WYMAGANE DOKUMENTY DO WNIOSKU

1. Kopia dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność (oryginał do wglądu).
2. Kopia dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób (oryginał do wglądu).
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu (czytelne, w języku polskim).
4. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej kopię zaświadczenia lub wyroku Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego.
5. W przypadku reprezentowania Wnioskodawcy przez pełnomocnika oryginał pełnomocnictwa, lub kserokopia pełnomocnictwa poświadczona przez notariusza.
6. Zgoda właściciela budynku lub lokalu mieszkalnego, w którym ma nastąpić likwidacja barier - jeżeli taka zgoda jest wymagana.
7. Udokumentowana podstawa prawna do zamieszkania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier (własność, umowa najmu).
8. Klauzula informacyjna.

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art.13 ust.1 i ust.2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych), informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest
   a) Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą przy Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa,
   b) Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie z siedzibą przy ul. Przyjaźni 5, 62-510 Konin, tel. 63 242 62 32, e-mail: sekretariat@moprkonin.lm.pl
2. Kontakt z inspektorem ochrony danych:
   a) Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych: iod@pfron.org.pl, al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, tel. 22 50 55 500
   b) Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie, Pani Joanna Jaworska: ul. Przyjaźni 5, 62-100 Konin, tel. 63 24 99 671
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez:
   a) Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w celu zarządzania systemem SOW, monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacji (na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e oraz art. 9 ust. 1 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.),
   b) Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w związku ze złożonym wnioskiem o udzielenie pomocy w celu przezwyciężenia trudnej sytuacji życiowej i przyznania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, (na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 1 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.), w tym w systemie informatycznym SOW (system obsługi wsparcia), który ma usprawnić proces aplikowania o środki PFRON. Regulamin korzystania z systemu SOW dostępny jest pod adresem https://sow.pfron.org.pl.
4. Zakres przetwarzanych Pani/ Pana danych osobowych określony jest przepisami prawa.
5. W przypadku, gdy przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych odbywa się na podstawie zgody (art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.), przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych, którego dokonano na podstawie udzielonej zgody przed jej cofnięciem.
6. Jeżeli przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie Pani/ Pana zgody, podanie tych danych osobowych administratorowi ma charakter dobrowolny.
7. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych mogą być:
   a) podmioty uprawnione na mocy przepisów prawa
   b) podmioty uprawnione na mocy zawartych umów na powierzenie przetwarzania danych osobowych przez administratorów
8. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej.
9. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu określonego w pkt. 3, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
10. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu.
11. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
12. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Jest Pan/Pani zobowiązana do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie odmowa przyznania wnioskowanych świadczeń.
13. Pani/ Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będzie wobec nich profilowania.

_____ _____

data czytelny podpis

Nr sprawy .....

..... Dnia .....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb MOPR – likwidacja barier architektonicznych
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta .....

Data urodzenia ..... PESEL .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej .....
   .....
2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia niepełnosprawności lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności .....
   .....
   .....
3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące: .....
   .....
   .....
4. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie .....
   .....
   .....
5. Niepełnosprawność pacjenta dotyczy (zakreślić właściwe):
   - ☐ Narząd ruchu, w zakresie .....
   - ☐ Brak obu kończyn górnych
   - ☐ Znaczny niedowład obu kończyn górnych
   - ☐ Jednoczesnej dysfunkcji kończyny dolnej i górnej
   - ☐ Jednoczesnej dysfunkcji co najmniej jednej kończyny górnej i kończyn dolnych
   - ☐ Jednoczesnej dysfunkcji kończyn górnych i dolnych
   - ☐ Inne schorzenia
   - ☐ Narządu mowy, w stopniu .....
   - ☐ Narządu słuchu, w stopniu .....
   - ☐ Narządu wzroku, w stopniu .....

_____

Pieczątka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie