

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych **likwidacji barier architektonicznych** dla
indywidualnych osób niepełnosprawnych

A: Informacje o Wnioskodawcy/Dziecku/Podopiecznym* (PROSZE
WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

.....
Imię (imiona) i nazwisko **Data urodzenia**

Miejscowość ulicaNr domuNr lokalu.....

Nr kodu- poczta powiat.....

Województwo nr telefonu (z nr kier.)

adres e-mail: Adres do e-doręczeń:

nr PESEL: *niepotrzebne skreślić

B: **Rodzic osoby niepełnosprawnej/Przedstawiciel Ustawowy/**
Pełnomocnik/Opiekun prawny osoby niepełnosprawnej* niepotrzebne skreślić

.....
Imię (imiona) i nazwisko **Data urodzenia**

Miejscowość ulicaNr domuNr lokalu.....

Nr kodu- poczta powiat.....

Województwo nr telefonu (z nr kier.)

adres e-mail: Adres do e-doręczeń:

nr PESEL: *niepotrzebne skreślić **ustanowiony**

Pełnomocnikiem/ Opiekunem prawnym osoby niepełnosprawnej postanowieniem Sądu

..... wz dnia..... sygn. nr /rep. nr /na mocy

pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariuszaz dnia..... sygn/rep/

1. Posiadane orzeczenie /Stopień niepełnosprawności:
Wnioskodawcy/Dziecka/Podopiecznego* wstaw **X** we właściwej rubryce

Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Całkowita niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Całkowita niezdolność do pracy:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Częściowa niezdolność do pracy:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> Bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> Nie dotyczy

2. Rodzaj niepełnosprawności: Wnioskodawcy/Dziecka/Podopiecznego* wstaw **X** we właściwej rubryce

1. Dysfunkcja narządu ruchu:		
a)	osoba porusza się na wózku inwalidzkim	
b)	porusza się o kulach	
c)	porusza się o balkoniku	
d)	wrodzony brak lub amputacja dłoni lub rąk	
e)	osoba nie poruszająca się samodzielnie - leżąca	
f)	Inna dysfunkcja narządu ruchu	
2. Dysfunkcja narządu wzroku		
3. Dysfunkcja narządów słuchu i mowy		
4. Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)		
5. Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia/ inna (jaka?)		

C: Sytuacja zawodowa* właściwe zaznaczyć

1.zatrudniony/ prowadzący działalność gospodarczą*	
2.osoba ucząca się lub studiująca	
3. osoba bezrobotna/poszukujący pracy*/ niezatrudniona*	
4.osoba posiadająca ustalone prawo do świadczeń emerytalnych/rentowych*	

D: Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i mieszkania -* właściwe zaznaczyć

1. Dom jednorodzinny*, wielorodzinny prywatny*, wielorodzinny komunalny*, wielorodzinny spółdzielczy*, inne*
2. budynek parterowy*, piętrowy*, mieszkanie na (proszę podać kondygnację)
- 3.Przybliżony wiek budynku lub rok budowy
4. Opis mieszkania: pokoje..... (podać liczbę), z kuchnią*, bez kuchni*, z łazienką*, bez łazienki*, z WC*, bez WC*
5. Łazienka jest wyposażona w: wannę*, brodzik*, kabinę prysznicową*, umywalkę*
6. W mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej*, ciepłej*, centralne ogrzewanie*, prąd*, gaz*
7. Inne informacje o warunkach mieszkaniowych

E: Przedmiot dofinansowania, przeznaczenie dofinansowania (o co ubiega się Wnioskodawca):

.....
.....

F: Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów urządzeń) mających na celu likwidację barier

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

G: Cel dofinansowania i uzasadnienie: opis istniejącej bariery, wskazanie w jaki sposób wnioskowany przedmiot i lub zakres prac wpłynie na codzienne funkcjonowanie osoby niepełnosprawnej.....

.....

PRZYJMUJĘ DO WIADOMOŚCI, ŻE:

- 1. Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania!**
- Dofinansowanie będzie udzielane do momentu wyczerpania środków finansowych PFRON przekazanych dla Powiatu Dębickiego **na rok 2026** i zatwierdzonych do wykorzystania na ten cel.
- 3. Dofinansowanie ze środków Funduszu nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu!!.**
- Wszelkie zmiany we wniosku jak i rezygnacje należy zgłaszać do PCPR w Dębicy w formie pisemnej.
- W przypadku podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą zobowiązany on zostanie do zwrotu przekazanych przez PCPR środków finansowych PFRON wraz z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonania przez PCPR płatności tych środków.

Informacje podawane w przypadku zbierania osobowych od osoby, której dane dotyczą

Zgodnie z art. 13 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), powoływanego dalej RODO, informuję że:

- Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Dębicy, ul. Parkowa 28, 39 – 200 Dębica, dane kontaktowe e-mail: sekretariat@pcprpowiatdebicki.pl, zwany dalej Administratorem, z którym można kontaktować się mailowo lub na adres siedziby.
- Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych drogą e-mail: inspektor.odo@onet.pl.
- Dane osobowe będą przetwarzane w celu przyznania dofinansowania ze środków PFRON do likwidacji barier architektonicznych dla indywidualnych osób niepełnosprawnych w ramach rehabilitacji społecznej na podstawie Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, w związku z art. 6 ust. 1 lit. c RODO - *przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze* oraz art. 9 ust. 2 lit. b *przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw przez administratora (...) w dziedzinie prawa pracy, zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej, o ile jest to dozwolone prawem Unii lub prawem państwa członkowskiego, (...).*
- Dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom: podmiotom IT u Administratora danych, organom kontroli, PFRON, podmiotom niszczącym dokumentację archiwalną, bankom, sprzedawcom i wykonawcom usługi przedmiotu dofinansowania, operatorowi pocztowemu.
- Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.
- Dane osobowe będą przechowywane przez okresy wynikające z przepisów prawa, jednak nie dłużej, niż jest to niezbędne i w zakresie koniecznym do realizacji celów przetwarzania, tj. przez okres zgodny z obowiązującymi przepisami archiwalnymi - ustawą z 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach i rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.
- Posiada Pani/Pan prawo do:
 - dostępu do treści swoich danych w tym prawo do uzyskania kopii tych danych;
 - żądania sprostowania (poprawiania) danych osobowych – w przypadku, gdy dane są nieprawidłowe lub niekompletne;
 - ich usunięcia, ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
 - przenoszenia danych,
 - wniesienia skargi do organu nadzorczego: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie.
- Dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji i nie podlegają profilowaniu.
- Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Osoba, której dane dotyczą, jest zobowiązana do podania swoich danych. Konsekwencją niepodania danych może być brak możliwości realizacji celu.

Data i Podpis

Załącznik do wniosku na likwidację barier architektonicznych

.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Dębicy –

w celu dofinansowania likwidacji barier architektonicznych

PROSIMY WYPEŁNIĆ CZYTELNIE W JĘZYKU POLSKIM !!!

Imię i nazwisko pacjenta

Data urodzenia **PESEL:**

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej będącej przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności...

.....

2. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące

.....

3. Rodzaj niepełnosprawności dotyczy:(zakreślić właściwe):

dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim

dysfunkcja narządu ruchu bez konieczności poruszania się na wózku inwalidzkim

wrodzony brak lub amputacja kończyn

inna dysfunkcja narządu ruchu (jaka?

dysfunkcja narządu wzroku

niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia

inne schorzenia (jakie?)

4. Osoba wymaga likwidacji barier architektonicznych ** właściwe zaznaczyć

TAK **

NIE **

** **Bariery architektoniczne to ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające osobie**

niepełnosprawnej swobodne poruszanie się

.....
Miejscowość, dnia

.....
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

ZGODA WŁAŚCIELI BUDYNKU NA PRZEPROWADZENIE DZIAŁAŃ ZWIĄZANYCH Z LIKWIDACJĄ BARIER ARCHITEKTONICZNYCH

.....
(Imię i nazwisko)

.....
miejscowość, dnia

.....
(adres zamieszkania: ulica, numer domu, mieszkania)

.....

O Ś W I A D C Z E N I E

I. CZĘŚĆ:

Ja oświadczam, że jestem właścicielem mieszkania/ domu, gdzie
planowana jest likwidacja barier architektonicznych

(adres nieruchomości)

.....
(numer aktu własności/ księgi wieczystej)

II. CZĘŚĆ (wypełnić w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna nie jest właścicielem nieruchomości:

Wyrażam/y zgodę na przeprowadzenie prac dotyczących likwidacji barier
architektonicznych

.....

Czytelny podpis właściciela/ właścicieli

.....
(Imię i nazwisko Wnioskodawcy)¹

.....
(miejscowość, data)

.....
(nr PESEL)

O Ś W I A D C Z E N I E
o miejscu pobytu stałego

Pouczony/a o treści art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2010r. o *ewidencji ludności* (tj. Dz. U. z 2025 poz. 274), **zgodnie z którym pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania**

oświadczam, że moim miejscem pobytu stałego/ miejscem pobytu stałego dziecka/ miejscem pobytu stałego osoby w imieniu której składam wniosek² **jest:**

.....
(adres miejsca pobytu stałego)

Ponadto oświadczam, że nie ubiegałam się w innym powiecie o dofinansowanie ze środków PFRON do likwidacji barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych/

Oświadczam, że uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. *Kodeks karny* (tj. Dz. U. z 2025r. poz.383) – *kto składając zeznanie 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*

potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe na dzień składania oświadczenia.

.....
Podpis Wnioskodawcy (pełnomocnika, opiekuna prawnego)

¹Osoba, której dotyczy wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON

² Niepotrzebne skreślić

Załączniki do wniosku:

*Proszę zaznaczyć „x” jeżeli załącznik dołączono do wniosku

	NAZWA ZAŁĄCZNIKA	WYMAGANY ZAŁĄCZNIK	ZAŁĄCZONO DO WNIOSKU	UZUPEŁNIONO	DATA UZUPEŁNIENIA
1.	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności do 16go roku życia, o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne				
2.	Aktualne zaświadczenie lekarskie sporządzone nie wcześniej niż 3 miesiące przed datą złożenia wniosku z określeniem czy osoba wymaga czy nie wymaga likwidacji barier architektonicznych, wystawione przez: <ul style="list-style-type: none"> a) lekarza rodzinnego, lekarza pierwszego kontaktu, lekarza pod którego opieką osoba się znajduje (dotyczy orzeczeń z kodem O,R,N) b) lekarza specjalistę rehabilitacji medycznej, neurologa, reumatologa, chirurga, ortopedy, okulisty itp. w przypadku pozostałych orzeczeń 				
3.	Tytuł prawny do lokalu w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych np.(aktualny odpis księgi wieczystej, akt notarialny, wypis z rejestru budynków)				
4.	W przypadku, gdy lokal jest własnością innej osoby należy dostarczyć pisemną zgodę właściciela budynku na wykonanie robót we wnioskowanym zakresie (załącznik do wniosku)				
5.	W przypadku zakupu urządzenia (sprzętu) – oferta kosztorysowa wystawiona imiennie na osobę niepełnosprawną oraz na sprzęt będący przedmiotem dofinansowania (wraz z montażem)				
6.	Postanowienie Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego, pełnomocnictwo notarialne do wszelkich czynności na rzecz mocodawcy – w przypadku gdy w imieniu osoby niepełnosprawnej działa pełnomocnik/ opiekun prawny				
7.	Oświadczenie o miejscu pobytu stałego				
8.	Inne w zależności od wnioskowanego sprzętu/rodzaju niepełnosprawności				

Wypełnia PCPR

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów:

data, podpis